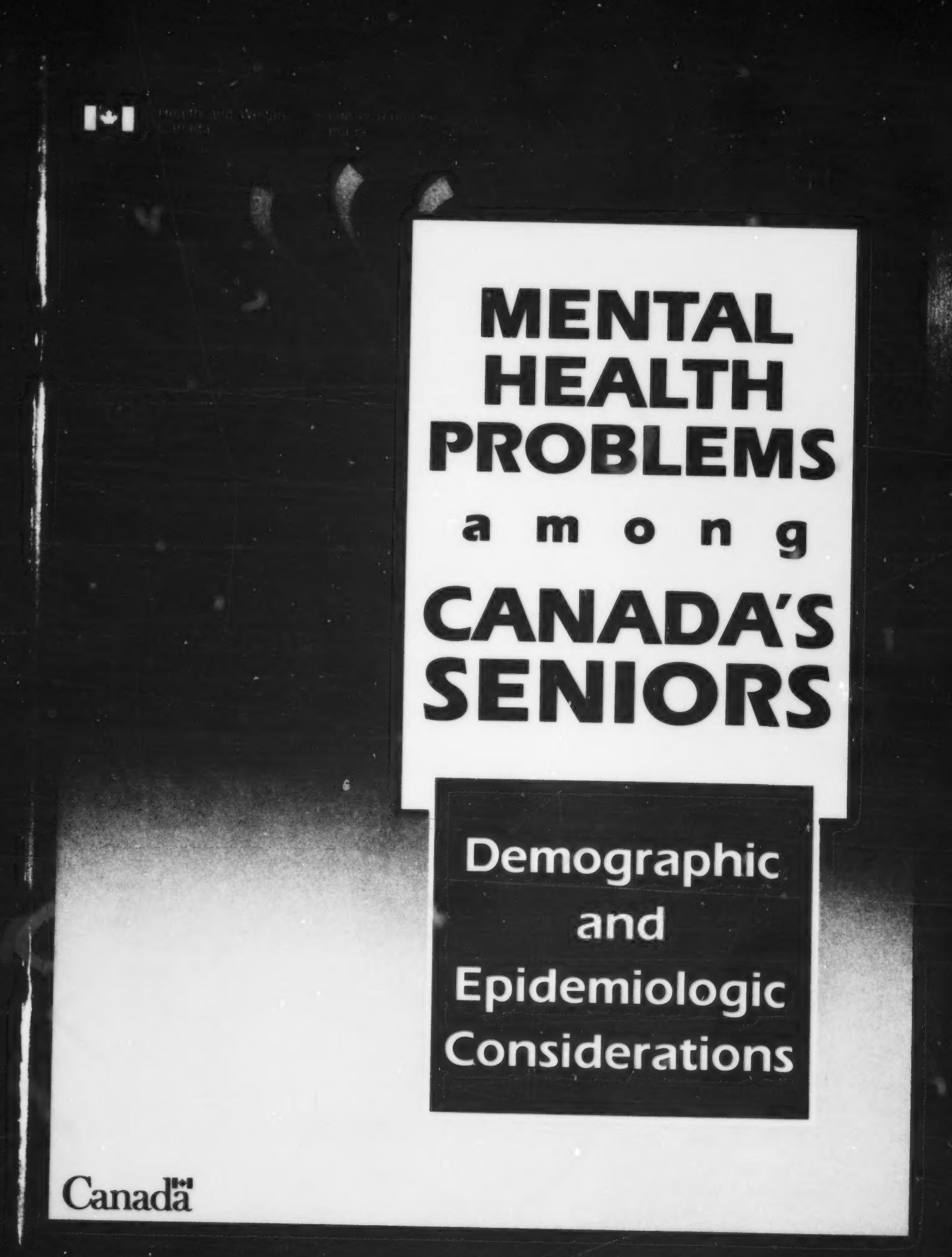

MENTAL
HEALTH
PROBLEMS
among
CANADA'S
SENIORS
Demographic
and
Epidemiologic
Considerations
Canada

92-02811/

MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG CANADA'S SENIORS:

Demographic and Epidemiologic Considerations

Kimberley L. McEwan, Ph.D.
Mental Health Services
British Columbia Ministry of Health

Martha Donnelly, MD, CCFP, FRCP(C)
Division of Community Geriatrics
Department of Family Practice
University of British Columbia

Duncan Robertson, MBBS, FRCP(London & Edinburgh), FRCP(C)
Division of Geriatric Medicine, Department of Medicine
University of British Columbia

Clyde Hertzman, MD, MSc, FRCP(C)
Department of Health Care and Epidemiology
University of British Columbia

Published by the
Mental Health Division
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare

Également disponible en français sous le titre
"Troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada : considérations d' ordre démographique et épidémiologique"

Copies available from
Publications
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Canada K1A 1B4

© Minister of Supply and Services Canada 1991
Cat. No. H39-203/1991E
ISBN 0-662-18519-6

Opinions expressed in this report are those of the authors and do not necessarily reflect positions or policies of the Department of National Health and Welfare or the British Columbia Ministry of Health.

TABLE OF CONTENTS

	Preface	v
I.	Introduction	1
II.	Demographic Characteristics Of The Elderly Population	3
	A. Current Analysis	3
	B. Future Trends	7
III.	Prevalence of Mental Disorders Among Seniors	10
	A. Dementia	11
	B. Depression	17
	C. Other Disorders	20
IV.	Risk Factors for Mental Health Problems in Seniors	22
	A. Recently Bereaved	22
	B. Socially Isolated	22
	C. Physically Disabled or in Poor Health	23
	D. Low Socio-Economic Status	23
	E. Stressful Life Events	24
	F. Long-Term Hypnotic Drug Use	24
	G Sensory Deficits	24
	H. Genetic Vulnerability	25
V.	Prognosis	26
	A. Dementia	26
	B. Depression	26
	C. Other Disorders	27
VI.	Anticipating The Burden Of Mental Health Care For Elderly Persons	28
	A. What Is a Case?	28
	B. Determining the Need for Mental Health Care	28
VII.	References	33

PREFACE

This report integrates published prevalence rates for mental disorder among seniors with demographic trends, thus enabling informed judgements regarding the future mental health needs of the country's senior population. The time frame covered in this document is the 25-year period from 1981 to 2006, and numerical estimates of elderly persons with mental disorders are given at five-year intervals. References to "current" data herein reflect 1986 Census data, the most recently compiled official population-based statistics.

The authors recognize that the assumptions underlying population forecasts concerning fertility, mortality, and migration may not hold true over the period discussed in this report. Similarly, we acknowledge that epidemiologic data on psychiatric and other conditions adopted in this report may not accurately represent the prevalence of these disorders in Canada. The Canadian Collaborative Study of Health and Aging, funded by the National Health Research and Development Program, is currently in progress and will provide accurate prevalence data on the dementias in Canada. However, these data will not be available for two years. Because of the limited epidemiologic information on mental health problems among this country's elderly, in most instances the prevalence figures used in this report are from the United States or Britain, or are composites from international studies. While we have included data from those studies which employed the most valid research designs, we are cognizant that some criticisms on methodological grounds may apply.

Notwithstanding the above, the estimates in this report provide a realistic projection of the growth in the numbers of elderly persons with mental disorders and provide the best available base for service planning.

This document was produced under the auspices of a Steering Group on Psychogeriatric Services, which reported to the Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee on Mental Health and the Sub-Committee on Long-Term Care. The authors would like to thank the members of the Steering Group (Dr. John Gray, Ms. Pauline Chartrand and Mr. Paul Pallan), as well as Mr. Thomas Lips of the Mental Health Division of Health and Welfare Canada, for their input, support and assistance. Special thanks are also due to the many experts from across Canada who reviewed earlier drafts and shared their knowledge and insights.

I. INTRODUCTION

The aging of the Canadian population is a process which has been occurring since the turn of the century. The recent acceleration of this process, however, has compelled serious examination of the social and economic implications of demographic aging. Rapid growth in the numbers of seniors on top of an existing mature age structure will contribute to unprecedented changes in the composition of this country's population. While similar patterns are being seen internationally, the challenges of an aging population will be new to Canada.

One such challenge will be to meet the needs of seniors with mental health problems. The recently published *Guidelines for Comprehensive Services to Elderly Persons with Psychiatric Disorders* (Health and Welfare Canada, 1988b) concluded that this challenge is an urgent one. The number of mentally ill elderly has been described as the 'Rising Tide' (Ineichen, 1987) and concerns have been expressed that service delivery is not keeping pace with service need. To assess the seriousness of this concern, it is essential that health care planners appreciate the impact of changing demographics on the epidemiology of mental health problems among seniors. The aim of this paper is to present data as the building blocks for policy and program decisions regarding future mental health services to this age group.

While recent studies have shown that seniors have low rates of psychiatric disorders, there has been controversy concerning the interpretation of such results. There are two apparent reasons for this. First, epidemiologic studies have used differing methodologies, and those employing stringent diagnostic criteria have uncovered lower rates of mental morbidity, particularly with the functional disorders (e.g., depression). Others have argued that such rates underestimate the extent of psychopathology in this age group and support this with data based on less rigorous but allegedly more sensitive criteria. Second, there is sometimes a failure to count dementia as a psychiatric diagnosis, a practice which deflates rates of psychogeriatric disorders. Although primarily associated with old age, the dementias must be included in the mental health spectrum.

There is also confusion regarding the clinical significance of mental symptoms in older adults. Establishing mental health diagnoses is especially complicated in individuals with chronic physical illnesses or disabilities because the "dividing line between mental health impairments and physical problems in the elderly is blurred" (Robertson, 1988). The contribution of medical factors to mental state in aging is poorly understood, as the effects are often subtle and/or atypical. In addition, many aged persons whose physical health is compromised experience psychological reactions. Although these symptoms may not fulfil the criteria for a DSM-III psychiatric disorder, treatment is often prescribed because the overall well-being of the patient is compromised. While such syndromes have traditionally been referred to as "subclinical," this may be a misnomer if intervention is warranted.

Effective planning of mental health services must go beyond knowledge of demographic trends and of published prevalence rates of psychiatric disorders in later life. While epidemiologic data allow estimates of the number of potential psychogeriatric clients, it is critical that an attempt be made to delineate those factors which place the elderly person at risk for psychiatric

disturbance and/or at risk for seeking care. With limited health care resources and growing demand for services, intervention efforts should shift to the prevention of mental illness among seniors.

Seniors are afflicted by virtually all of the mental health syndromes seen in younger adults (e.g., depression, anxiety, substance abuse, etc.), and are more vulnerable to certain disorders (e.g., dementia, paraphrenia, etc.). In addition, the elderly population includes chronically psychiatrically ill persons who have survived to old age. This group would include, in addition to persons with chronic schizophrenia, those with mental disabilities such as mental retardation and head injuries. In this document, the emphasis is on conditions with an onset in later life. While many disorders may not be incapacitating in younger persons until advanced psychopathology is present, for the older person even mild mental health problems may interfere with independent functioning, particularly when combined with physical health problems and/or social isolation.

OBJECTIVES

The purpose of this document is to provide current information on the epidemiology of mental health problems among Canada's elderly and to consider this information in light of projected changes in the population age structure. Such analysis, it is hoped, will assist in determining the mental health care needs of the growing numbers of seniors. While the information reported here may ultimately provide a foundation for the development and expansion of service delivery systems, this document does not address models or systems for the provision of care. Rather, we attempt to estimate numbers of afflicted elderly and to delineate those factors which are likely to influence both need and demand for care.

This document is one of a series of Federal/Provincial documents developed subsequent to the publication of *Guidelines for Comprehensive Services to Elderly Persons with Psychiatric Disorders* (Health and Welfare Canada, 1988b). The major mental disorders discussed in the present document are dementia and depression. In the sections that follow, these problems are treated in some depth and estimates regarding the number of expected cases between the years 1981 and 2006 are presented. Although a one-to-one relationship between "caseness" and need for treatment is not assumed, these figures are provided as a guide to establishing the burden of care to the health care system. The methodology followed in the development of this report included a review of existing epidemiologic studies, with particular emphasis on Canadian data; review of Statistics Canada 1986 census data and population projections based on this census; calculation of numbers of persons over age 65 with major psychiatric conditions at present and in projected 5-year intervals; and an analysis of factors which influence the onset, course and service requirements associated with mental health problems among the aged.

II. DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE ELDERLY POPULATION[1]

A. Current Analysis:

AGE AND GENDER

According to 1986 census figures, Canada is home to 25,309,330 people. Just over 10.7% or 2,697,680 of these are over the age of 65.[2] One million and forty-seven thousand individuals in the country (4.1%) are over 75 years of age. A detailed age/sex breakdown is provided in Table 1.

As in other countries, in Canada at ages 65 and over, women outnumber men. Among the total population of seniors, there are 72 men for every 100 women due to a 6.2 year difference in the median ages at death for males (70.6 years) and females (76.8 years) (Statistics Canada, 1987a). As shown below, the sex ratio changes dramatically with increasing age; at ages 85 and over there are 2 women for every man.

MARITAL STATUS

The greatest proportion of elderly men are married, while significantly fewer women remain married in their later years (See Figure 1). Because of differing mortality rates, women over

Table 1: Population Age/Sex Breakdown for Persons Over 65 Canada, 1986 ('000)

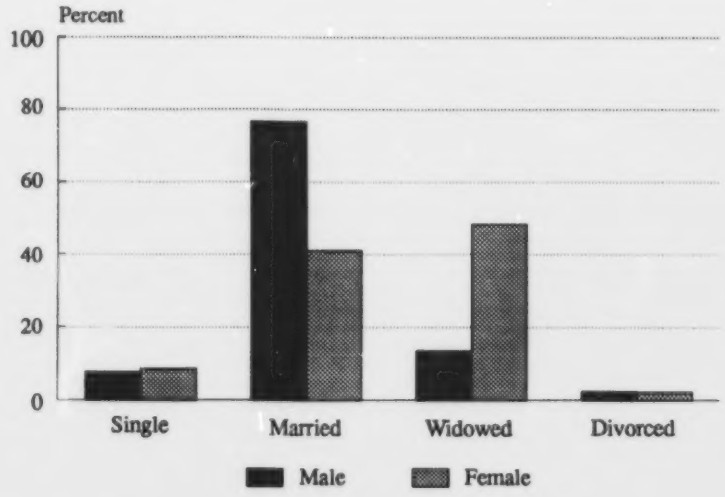
Age Group	Male	Female	Total	Sex Ratio*
65–69	414.5	497.2	911.8	83
70–74	324.3	414.0	738.3	78
75–79	209.9	300.5	510.4	70
80–84	115.4	194.0	309.4	59
85–89	48.5	103.6	152.1	47
90+	20.7	55.0	75.6	38
TOTAL	1,133.3	1,564.3	2,697.6	72

* *Number of males per 100 females*
Source: Statistics Canada, (1987a), Catalogue 93–101, Table 3.

1 This section provides an overview of demographic characteristics of seniors. For in-depth coverage of the topic, the reader is referred to Stone & Frenken (Statistics Canada, 1988a).

2 Population forecasts estimate total residents at 26,460,600 and persons over 65 at 3,075,200 (11.6%) for the year 1990.

Figure 1: Marital Status of Canadians 65+



Source: Statistics Canada (1987a), Catalogue 93–101, Table 5.

65 are much more likely to be widowed (48.2%) than are men (13.5%). Men, therefore, are more likely to have the support of a spouse throughout their later years.

ETHNICITY

Canada has a population with mixed ethnic backgrounds. As Table 2 illustrates, the majority of seniors in this country are of British or French descent. However, nearly one-quarter report other single ethnic origins. The ethnic origins of this other group include primarily German, Italian, Ukrainian, Jewish, and Polish (Statistics Canada 1990a).

Table 2: Ethnic Origin Persons Over Age 65, Canada

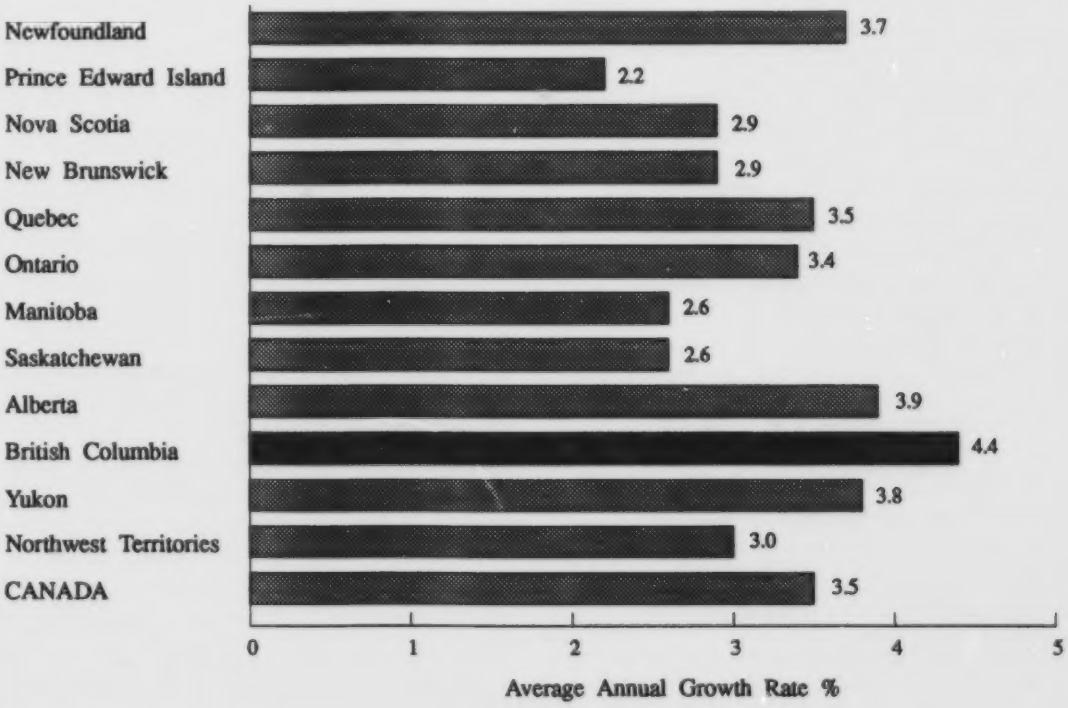
British	45.9%
French	22.5%
British and French	2.3%
British and/or French and Other	3.9%
Other Single Origin	24.3%
Other Multiple Origin	1.1%

Source: White, P., Statistics Canada, (1990a). Ethnic Diversity in Canada. Statistics Canada, 1986 Census.

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION

Over half of the country's seniors reside in two provinces: Ontario and Quebec (see Table 3). This is to be expected given their large population bases. Yet the proportion of seniors in Ontario and Quebec is close to the national average of 10.7%. The provinces with the highest percentage of seniors are Prince Edward Island, Saskatchewan, Manitoba, and British Columbia. British Columbia, however, has experienced the greatest growth in the number of persons aged 65 and over: 4.4% per year over the past decade (see Figure 2). By contrast, the population as a whole has grown less that 2% per annum during this 10-year period.

Figure 2: Average Annual Growth Rates for Population 65+, Canada



Source: Stone & Frenken, Statistics Canada, (1988a).

Table 3: Population Figures for Canada and the Provinces ('000)

Area	Total Population	Population 65+	% of Total
Newfoundland	568.3	50.0	8.8
Prince Edward Island	126.7	16.1	12.7
Nova Scotia	873.2	103.8	11.9
New Brunswick	709.4	78.7	11.1
Quebec	6,532.5	650.6	10.0
Ontario	9,101.7	992.7	10.9
Manitoba	1,063.0	133.9	12.6
Saskatchewan	1,009.6	128.6	12.7
Alberta	2,365.8	191.3	8.1
British Columbia	2,883.4	349.5	12.1
Yukon	23.5	0.9	3.8
Northwest Territories	52.2	1.5	2.9
CANADA	25,309.3	2,697.6	10.7

Source: Statistics Canada, (1987a), Catalogue 93–101, Table 3.

This combination of a mature age structure and accelerated growth in its elderly population places B.C. in a unique position insofar as the adjustment pressures from demographic aging will be magnified well beyond those experienced in other provinces (Statistics Canada, 1988a).

LIFE EXPECTANCY AT AGE 65

The life expectancy[3] for persons reaching age 65 in Canada differs significantly for males and females. At age 65, males may expect to live another 14.9 years, while females may expect to live for an additional 19.2 years on average (Statistics Canada, 1989a).

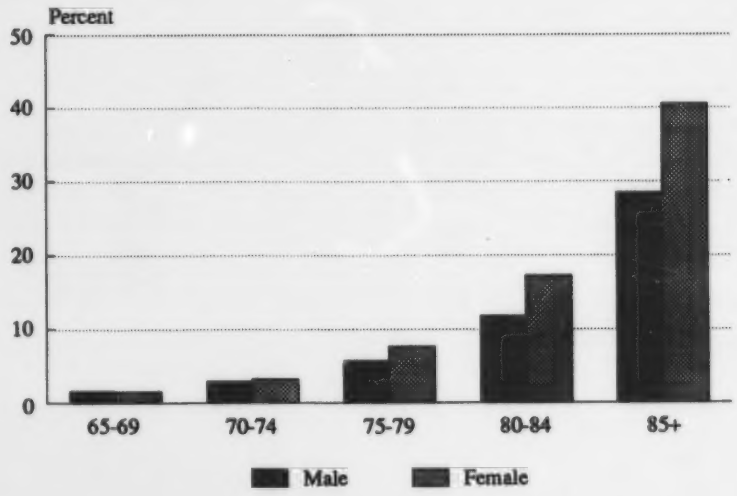
INSTITUTIONALIZATION

Eight percent of the country's elderly reside in institutions. At the time of the 1986 census, 203,045 seniors were in residential care. There are twice as many elderly women (141,710) as men (61,335) in long-term-care facilities, and at ages 75 and over this ratio approaches 3 to 1. The Canadian Medical Association (1987) suggests that this sex difference may in part be explained through the social isolation and financial limitations that can be associated with widowhood, making independent living difficult for females. In addition, high rates of widowhood limit the availability of caregivers for older women.

3 Life expectancy should not be confused with median age at death, a statistic which is influenced by death rates at all ages in the population. Life expectancy at age 65 is influenced by real changes in longevity rates for seniors.

There is a strong linear relationship between age and institutionalization (see Figure 3). Over the past decade, a trend toward declining rates of institutional care for seniors under age 85 and increasing rates for those over 85 has been observed by Stone and Frenken (Statistics Canada, 1988a). They note that both declining widowhood rates (resulting in more intact families in the under-85 age group) and the availability of community support services may contribute to this trend.

Figure 3: Seniors in Institutions by Age (%)



Source: Stone & Frenken, Statistics Canada, (1988a), Table 10.1.

B. Future Trends:

Table 4 shows the total number of persons and age composition of the population in 1981 and 1986 and the corresponding projected figures for 1991 to 2006. By the year 2006, the population as a whole will experience 21% growth over current (1986) levels and a similar rate of growth will be seen among potential labour force participants (15–64). The very young (0–14) will actually decrease in number over the next 20 years.

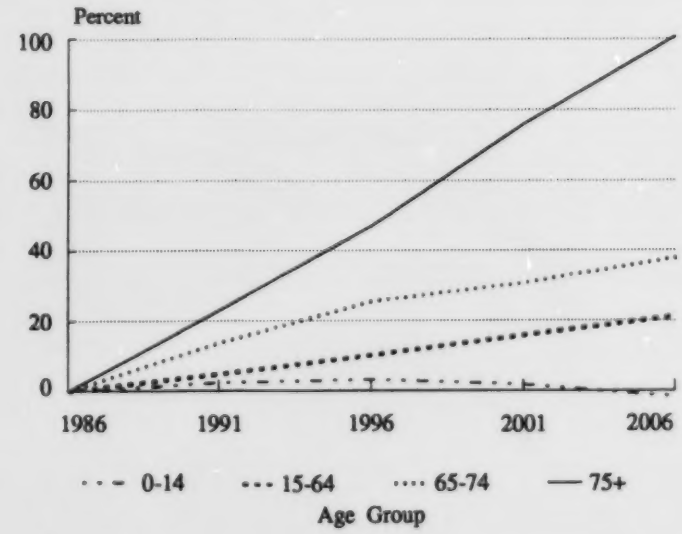
Table 4: Broad Age Groupings 1981–2006, Canada ('000)

	0–14	15–64	65+	Total
1981	5,481.6	16,500.6	2,361.0	24,343.2
1986	5,392.0	17,219.7	2,697.6	25,309.3
1991	5,525.0	18,059.1	3,169.6	26,753.7
1996	5,570.1	18,992.8	3,617.0	28,179.9
2001	5,489.9	19,958.5	4,000.8	29,449.2
2006	5,310.1	20,881.6	4,376.8	30,568.5

Source: 1981 and 1986 data from Statistics Canada, (1987a), Catalogue 93–101, Table 3; 1991 to 2006 data from Statistics Canada (1989), Catalogue 91–520, Projection #3.

Growth among the senior population in total will outstrip these rates with a 62% increase. The population of persons aged 65–74 will show only moderate growth at 38%, while the number of persons aged 75 and over will double over this period (See Figure 4). It is worth noting that the population segment increasing most rapidly is also the most frail and requires higher levels of both formal and informal support.

Figure 4: Projected Population Growth (%) over Current (1986) Levels

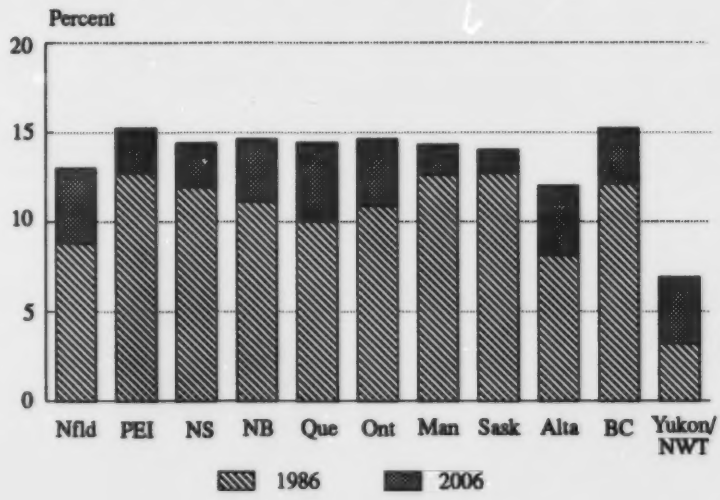


Source: Statistics Canada (1989c), Catalogue 91–520, Projection #3.

The potential economic impact of this increasing dependency is reflected in the old age dependency ratio, which is the ratio of people over 65 to those of labour force age (15–64). This ratio will increase from 1:6 in 1986 to 1:3 in the year 2031 (Institute for Health Care Facilities, 1988). The implication is that a significant, relative reduction in formally employed caregivers will be seen.

The need to examine population growth within distinct regional areas separately is important in terms of determining future pressures on the existing service system. A useful way to examine provincial growth patterns is to compare the current percentages of persons over 65 in each province with the percentages predicted for the year 2006. Figure 5 reveals that in less than 20 years time, seniors will represent over 15% of the populations residing in Prince Edward Island and British Columbia.

Figure 5: Seniors as a Percentage of Total Population of Provinces and Territories – 1986 and 2006

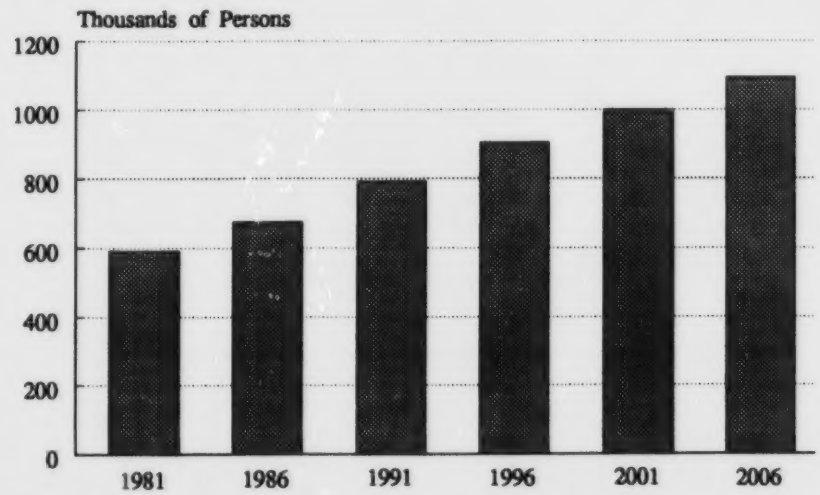


Source: Statistics Canada (1987a), Catalogue 93–101, Table 3; Statistics Canada (1989c), Catalogue 91–520, Projection #3.

III. PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS AMONG SENIORS

While there is some variability among published rates of mental health problems for persons over 65, there is general concern that the overall prevalence[4] is high. The Canadian Medical Association (1987) has stated that, at any point in time, approximately 30% of elderly persons require mental health services. Other estimates place the total prevalence of mental disorders at 17% (e.g., Kramer, German et al., 1985). For the purpose of this report, a figure of **25%** has been adopted. Using this prevalence, in 1986 in Canada over 674,000 seniors had mental health problems. If the overall prevalence holds constant until the year 2006, the number of elderly with mental morbidity will total 1,094,200 — an increase of approximately 420,000 potential cases with some degree of psychogeriatric disorder. Figure 6 reflects that anticipated growth.

Figure 6: Estimated Elderly Mental Health Cases, Canada



Source: Population base figures from Statistics Canada, (1989c). Catalogue 91–520, Projection #3.

4 "Prevalence" refers to the number of active cases of the disorder at a given point in time, also referred to as "point prevalence."

The primary mental disorders afflicting elderly persons are dementia and depression. While it is recognized that these conditions may coexist in the same person, they are discussed separately below for purposes of estimating cases.

A. Dementia

Dementia is a progressive, degenerative brain condition resulting in marked loss of memory, intellect, and independent functioning. Clinically, the syndrome is defined by the criteria set out in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition – Revised (DSM-III-R), as shown in Table 5. The majority of dementia cases among seniors are caused by Alzheimer's disease and cerebrovascular disease.

PREVALENCE

The NHRDP-funded Canadian Study on Health and Aging is the first to coordinate epidemiologic surveys of dementia across the country. However, earlier prevalence studies have been conducted in discrete jurisdictions. In Saskatchewan, Robertson, Stolee and Rockwood (1989) found that, among elderly persons living in the community, 3.2% suffered a moderate dementia and 1% suffered a more severe form. Bland, Newman and Orn (1988) estimated the prevalence of mild cognitive impairment in their Edmonton household survey at 3.5% and found no severe cases in the community. These estimates are low compared to other studies. Jeans, Helmes et al. (1987) extrapolated from rates established in other countries to Canada and estimated a prevalence rate of 4.1% for persons over 65.

Methodological differences across studies in sampling and diagnostic criteria make discrepancies in prevalence rates difficult to interpret. For the present purposes, we have used Jorm, Korten and Henderson's (1987) formula for age-specific prevalence rates. This formula was derived from an integration of 47 studies conducted between 1947 and 1985. Table 6 applies this formula to the population age structure of Canada and shows the total number of individuals with dementia for the study period[5].

5 Not included in Jorm's derivation are the combined estimates from the five NIMH-ECA sites. In a recent report (Regier, Boyd et al., 1988), age-specific prevalence rates for severe cognitive impairment combined from the five sites were made available. Severe cognitive impairment was defined as a score of 17 or less on the Mini-Mental State exam. These estimates would place the total number of Canadian seniors with dementia somewhat lower than the numbers shown in Table 6 indicate (i.e., 132,235 demented elderly in 1986 and 262,125 in 2006).

Table 5: DSM-III-R Criteria for Dementia

Diagnostic criteria for Dementia

A. Demonstrable evidence of impairment in short- and long-term memory. Impairment in short-term memory (inability to learn new information) may be indicated by inability to remember three objects after five minutes. Long-term memory impairment (inability to remember information that was known in the past) may be indicated by inability to remember past personal information (e.g., what happened yesterday, birthplace, occupation) or facts of common knowledge (e.g., past Presidents, well-known dates).

B. At least one of the following:

(1) impairment in abstract thinking, as indicated by inability to find similarities and differences between related words, difficulty in defining words and concepts, and other similar tasks

(2) impaired judgment, as indicated by inability to make reasonable plans to deal with interpersonal, family, and job-related problems and issues

(3) other disturbances of higher cortical function, such as aphasia (disorder of language), apraxia (inability to carry out motor activities despite intact comprehension and motor function), agnosia (failure to recognize or identify objects despite intact sensory function), and "constructional difficulty" (e.g. inability to copy three-dimensional figures, assemble blocks, or arrange sticks in specific designs)

(4) personality change, i.e., alteration or accentuation of premorbid traits

C. The disturbance in A and B significantly interferes with work or usual social activities or relationships with others.

D. Not occurring exclusively during the course of Delirium.

E. Either (1) or (2):

(1) there is evidence from the history, physical examination, or laboratory tests of a specific organic factor (or factors) judged to be etiologically related to the disturbance

(2) in the absence of such evidence, an etiologic organic factor can be presumed if the disturbance cannot be accounted for by any nonorganic mental disorder, e.g. Major Depression accounting for cognitive impairment

Criteria for severity of Dementia

Mild: Although work or social activities are significantly impaired, the capacity for independent living remains, with adequate personal hygiene and relatively intact judgment.

Moderate: Independent living is hazardous, and some degree of supervision is necessary.

Severe: Activities of daily living are so impaired that continual supervision is required, e.g. unable to maintain minimal personal hygiene; largely incoherent or mute.

Source: American Psychiatric Association (1987).

Table 6: Estimated Number of Dementia Cases in Canada by 5-Year Age Intervals 1981–2006

Age Group	Prevalence Rate (%)*	1981	1986	1991	1996	2001	2006
65-69	1.4	11,821	12,765	14,836	15,597	15,983	17,205
70-74	2.8	17,736	20,673	22,915	26,855	28,426	29,282
75-79	5.6	24,229	28,580	34,597	38,942	45,959	48,944
80-84	10.5	26,963	32,484	40,184	49,592	56,742	67,400
85-89	20.8	27,236	31,643	40,706	51,273	65,166	75,858
90+	38.6	24,258	29,194	36,747	49,138	65,427	85,499
TOTAL CASES		132,243	155,339	189,985	231,397	277,703	324,188
TOTAL POPULATION 65+ ('000)		2,361.0	2,697.6	3,169,6	3,617.0	4,000.8	4,376.8
TOTAL PREVALENCE RATE (%)		5.6	5.8	6.0	6.4	6.9	7.4

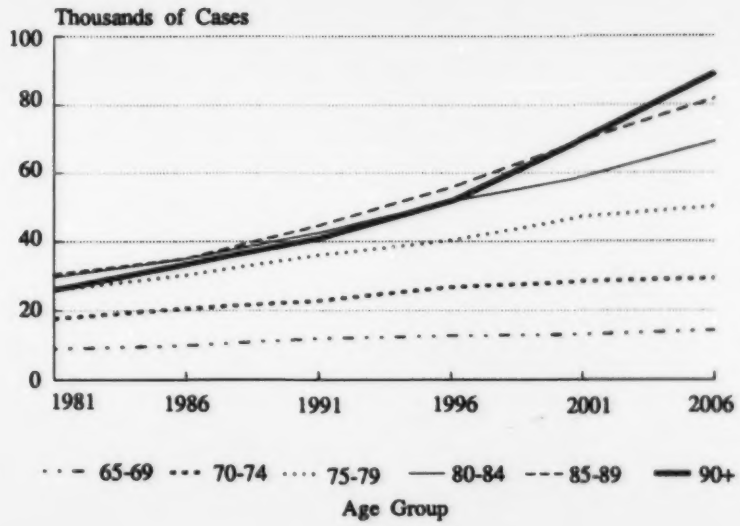
**Age - specific prevalence rates from Jorm et al. (1987)*

Source: 1981 and 1986 population base from Statistics Canada, (1987a), Catalogue 93–101, Table 3; 1991–2006 projections from Statistics Canada (1989c), Catalogue 91–520, Projection #3.

Note that the risk of dementia escalates dramatically with age (see Figure 7). Because of a changing age structure (i.e. greater growth among the very old), the prevalence of dementia increases from 5.6% in 1981 to 7.4% in 2006. As can be seen, the number of persons with dementing disorders will more than double over present levels in this period.

The increase in dementia cases over the current levels for each province can be roughly calculated using the total prevalence rates determined in Table 6. Table 7 shows the estimated cases per region in 1986 and 2006 and the net change over this period.

Figure 7: Increase in Dementia Cases by Age Group, Canada, 1981–2006



Source: As in Table 5.

ASSOCIATED FEATURES

Many dementia cases may be successfully managed in the home, depending upon the availability of family caregivers and other support services. When psychiatric features emerge in the course of dementia, however, additional support is required. Behaviours which may emerge include hostility, aggression, sleep disturbance, wandering, agitation, incontinence, etc. Disturbed behaviour frequently precipitates a request for intervention, and unmanageable behaviour may necessitate 24-hour institutional care. Thus it is very desirable to know how many dementia cases will exhibit dysfunctional behaviour. Wandering, agitation, incontinence,and poor hygiene are considered predictable features of the disease (Teri, Larson & Reifler, 1988) and their likelihood increases with the degree of cognitive impairment. In the Teri et al. study, less than half of moderately demented patients exhibited frequent behaviour problems, while 88% of severely demented patients showed these problems.

Other psychiatric features also common in dementia affect the quality of life for both patient and caregiver. Affective symptoms (e.g. depression) and psychotic symptoms (e.g. delusions, hallucinations) occur in 30–40% of Alzheimer's patients (Wragg & Jeste, 1989) and increase the need for clinical management. In fact, dysfunctional behaviours (e.g. wandering, noisiness and aggression) are more likely to occur among patients with delusions or hallucinations (Rovner, Kafonek et al., 1986). Whether these symptoms are features of Alzheimer's disease itself, are

Table 7: Estimated Dementia Cases by Province/Territory 1986 and 2006

	1986	2006	Net Increases
Prevalence Rate	5.8%	7.4%	
Case per Region			
Newfoundland	2,900	5,476	2,576
Prince Edward Island	934	1,524	590
Nova Scotia	6,020	10,256	4,236
New Brunswick	4,565	7,940	3,375
Quebec	37,735	79,713	41,978
Ontario	57,577	123,965	66,388
Manitoba	7,766	12,809	5,043
Saskatchewan	7,459	11,640	4,181
Alberta	11,095	27,824	16,729
British Columbia	20,271	42,217	21,946
Yukon	52	222	170
Northwest Territories	87	296	209

Source: Population base figures from Statistics Canada (1987a), Catalogue 93–101, Table 3, and Statistics Canada (1989c), Catalogue 91–520, Projection #3.

are associated with clinical subtypes of the disease, or develop independently out of other vulnerabilities is poorly understood.[6]

That over one-third of dementia patients exhibit these complications, however, is an important consideration in care planning. It is noteworthy that, in the long-term-care setting, problem behaviours do not appear to be uniquely correlated with dementia. The Alberta Health province-wide patient-classification study (Alberta Health, 1989) has shown, first, that many problem behaviours occur with the same frequency among residents who have some form of psychiatric diagnosis as among residents with a documented diagnosis of dementia; and second, that some problem behaviours are exhibited by a significant proportion of residents with no known mental health diagnosis.

6 For example, agitation, often assumed to be a symptom of Alzheimer's disease, may be due to constipation or urinary retention and clear up quite quickly with appropriate treatment.

INSTITUTIONALIZED CASES

It is difficult to ascertain the precise number of individuals with dementia who are institutionalized in Canada. One Canadian survey of institutionalized elderly persons demonstrated low mental-test scores (MMSE ≤23) in two-thirds of residents (Bland et al., 1988). If severe mental impairment, (i.e. MMSE ≤17) is considered a proxy for dementia, then the same study found a prevalence rate of 40% in facility residents.[7] This figure is very similar to the results of the National Nursing Home Survey (Burns, Larson et al., 1988) in the United States, which indicated that 39% of residents had an organic brain syndrome. The Alberta Health province-wide patient-classification study (Alberta Health, 1989) examined chart-recorded diagnoses and found that 30% of facility residents carried a diagnosis of dementia.

Using the estimates of 30 to 40 %, between 60,900 and 81,200 of the 203,000 elderly persons residing in long-term-care facilities in Canada could have a dementing illness of at least moderate severity. This suggests that approximately half of the persons with dementia currently in the country are in facility care, placing the "community versus institutionalized" ratio for demented elderly at approximately 1:1. While Bland et al. (1988) concluded that over half the cases of cognitive impairment in Edmonton are in institutions, other reports (e.g. Jeans et al., 1987) assume that there are twice as many persons with dementia residing in the community as in institutions. Assuming for the present that our projections of total cases of dementia are valid, two scenarios for institutionalized cases are explored in Table 8. Without large-scale epidemiological studies such as the Canadian Health and Aging Study, currently in progress, it is impossible to gauge how many of those with dementia are in long-term institutional care.

Table 8: Institutionalized Dementia Cases in Canada, Two Scenarios 1981–2006

Community:Institution

Ratio	1:1	2:1
1981	66,122	44,081
1986	77,670	57,780
1991	94,993	63,328
1996	115,699	77,132
2001	138,852	92,568
2006	162,904	108,063

7 Bland, Newman and Orn (1988), however, note that because 1 in 5 institutional residents could not be formally assessed, their reported rates of cognitive impairment may underestimate the true prevalence.

B. Depression

While the psychosocial and physical losses in later life are believed to predispose many elderly persons to depression, studies using strict diagnostic criteria have found low rates of depressive illness in persons over 65. A greater proportion of seniors experience dysphoria and depressive symptoms of a lesser severity than those associated with major depressive disorders. However, arguments have been put forward (e.g. by McNeil & Harsany, 1989) that depression is qualitatively different in older adults and thus may be underdetected. Berkman et al. (1986) point out that while chronic illness and subsequent loss of independence among the aged may contribute to symptoms of depression, depression may also interfere with the motivation necessary to comply with drug therapy or rehabilitation programs.

PREVALENCE

A large American epidemiologic survey found that 8% of community-dwelling elderly persons had depressive symptoms/syndromes of a magnitude that would warrant clinical intervention (Blazer, Hughes and George, 1987). An additional 19% suffered dysphoric symptoms; the clinical needs of this group are poorly understood. It is noteworthy, however, that a small proportion of the dysphoric group reported antidepressant or benzodiazepine use in the last year.

Advancing age has been shown to increase the risk of depression and, in one study, 15.5% of persons over 80 met the DSM-III criteria for a major depressive disorder (Kay, Henderson et al., 1985).

Blazer (1989) has suggested that rates shown in Table 9 (based on CES-D scores ≥16) be used as a guideline for age-specific estimations of depression among seniors.

Table 9: Estimated Number of Depression Cases in Canada by 10-Year Age Intervals 1981–2006

Age Group	Prevalence Rate (%)*	1981	1986	1991	1996	2001	2006
65–74	8.8%	130,038	145,209	165,273	182,442	189,809	200,174
75–84	10.5%	72,387	86,069	105,053	122,609	142,916	159,170
85+	12.6%	24,419	28,703	36,653	47,401	60,833	73,861
TOTAL CASES		226,844	259,981	306,979	352,452	393,556	433,205
TOTAL POPULATION 65+ ('000)		2,361.0	2,697.6	3,169.6	3,617.0	4,000.8	4,376.8
TOTAL PREVALENCE RATE (%)		9.6	9.6	9.7	9.7	9.8	9.9

**Age – specific prevalence rates from Blazer (1989)*
Source of population data: see Table 6.

The figures shown in Table 9 should be interpreted as estimates which include mild depressions as well as more severe forms. Clearly, nearly 10% of those over 65 in Canada would not meet the DSM-III criteria for depression. Because even mild affective disorders may be debilitating when they occur in the presence of multiple physical health problems, more liberal estimates are warranted to reflect the scope of the problem.

As with the calculations for estimated cases of dementia within each province, we can perform a similar exercise for depression. Again, using the total prevalence rate, which changes over time as a result of a changing age structure, projected increases in the number of seniors affected by a depressive illness may be derived, as seen in Table 10.

INSTITUTIONAL SETTINGS

Depression is more common among the institutionalized elderly. Among those living in residential care in Edmonton, Bland et al. (1988) found that approximately 10% fulfilled the DSM-III criteria for a major depression or dysthymic disorder. In the U.S. National Nursing Home Survey, which examined chart-recorded diagnoses for residents, nearly one-quarter carried a diagnosis of depression. In a subsequent American study of the institutionalized aged (Parmelee, Katz, & Lawton, 1988), close to 40% demonstrated major or minor depressions. Major depressions were more frequent among newly admitted residents. Alberta Health (1989) found depressive symptoms in 33% of residents without a mental health diagnosis and in 40% of residents with such a diagnosis.

Table 10: Estimated Depression Cases by Province/Territory 1986 and 2006

	1986	2006	Net Increases
Prevalence Rate	9.6%	9.9%	
Cases per Region			
Newfoundland	4,800	7,326	2,526
Prince Edward Island	1,546	2,039	493
Nova Scotia	9,965	13,721	3,756
New Brunswick	7,555	10,623	3,068
Quebec	62,458	106,643	44,185
Ontario	95,299	165,845	70,546
Manitoba	12,854	17,137	4,283
Saskatchewan	12,346	15,573	3,227
Alberta	18,365	37,224	18,859
British Columbia	33,552	56,480	22,928
Yukon	86	297	211
Northwest Territories	144	396	252

Source: See Table 7

The above figures are widely disparate because of the differing approaches to measuring depression among institutional residents. At the low end, one-tenth of seniors in residential care may be depressed, while at the high end as many as two-thirds appear to exhibit depressive symptomatology. In real numbers, this establishes a range of 20,300 to 148,200 depressed seniors in institutions — not terribly helpful for the purposes of planning. A representative figure is obviously somewhere in between. In an effort to identify those with depressive symptoms sufficiently severe to require treatment, we looked at the percentage of persons over 65 prescribed anti-depressant medication in long-term-care facilities in one province. In a large-scale study of 2000 long-term care residents in British Columbia, 13% were receiving anti-depressant medication (Danforth & McKinnon, 1990). In some cases these prescriptions would be for conditions other than depressions (e.g., insomnia, chronic pain) but the numbers provide a crude index of pharmacologically treated depressions in residential care.[8]

SUICIDE

One index of extreme depression is suicide. While some controversy exists as to whether suicide in this age group represents 'voluntary euthanasia', for the most part it is recognized as the outcome of severe depression and loneliness (Health and Welfare Canada, 1987). During 1986, 473 persons over the age of 65 committed suicide in Canada. This represents approximately 13% of the total number of suicides in Canada for all age groups. The age and sex breakdown for this group is shown in Table 11. The suicide rate is disproportionately higher for males. Donnelly (1988) has argued that many attempted suicides in the elderly, taking the form of refusal to eat or drink, are not formally recognized as reflecting suicidal intent.

Table 11: Suicides in the Elderly by Sex and Age Canada, 1986

Age Group	Male	Female	Total
65–69	102	46	148
70–74	108	38	146
75–79	82	23	105
80–84	39	12	51
85+	22	1	23
TOTAL	353	120	473

Source: Statistics Canada (1988), Catalogue 84–203, p. 174.

8 Such data must be interpreted with caution because of concerns regarding misdiagnoses and inappropriate prescribing in long-term care facilities (Lipton & Lee, 1988).

C. Other Disorders

The above estimates of persons suffering depressions or dementia currently account for approximately 16% of seniors.[9] Other mental health problems afflict seniors to a lesser extent. Eight to 9% are troubled by anxiety, adjustment disorders, psychoses, substance abuse, delirium and other less common but disabling psychiatric symptoms.

DELIRIUM

The presence of delirium is often difficult to distinguish from chronic dementia insofar as aspects of the clinical presentation may overlap. Clouding of consciousness with a rapid onset of memory loss and disorientation are the characteristic features of delirium (Wasylenki, 1987a). Delirium is very frequently due to an acute, reversible, underlying medical condition (drug toxicity, metabolic disorders, infection, etc.) Most studies of delirium have investigated patients admitted to hospital, where a clear diagnosis may be established. Sirois (1988) found that delirium accounted for nearly 13% of hospitalized patients referred for medical or surgical consultation, the majority of whom were elderly. Wasylenki (1987a) suggests the prevalence is much higher among the hospitalized elderly and notes that one-quarter of delirious older patients die within one month of admission.

SUBSTANCE ABUSE

Substance use disorders in persons over 65 appear to be largely confined to the misuse of alcohol. While drug dependence is known to occur, particularly with long-term use of the anxiolytics and hypnotics, recent large-scale epidemiologic studies have not identified these cases in community surveys (e.g. Bland et al., 1988). Alcohol Use Disorders, as defined by the Diagnostic Interview Schedule (DIS) in Edmonton, occurred in 1.7% of those over 65. However, Perry (1987) has suggested that 5.7% of people over 65 are alcoholics, and the 1978–79 Canada Health Survey found patterns of heavy drinking (14 drinks or more per week) in 11% of seniors. Elderly males consistently show higher rates of alcohol use than females.

ANXIETY

The finding that minor tranquillizers are widely prescribed for elderly persons has raised questions regarding the prevalence of anxiety disorders in old age (Bliwise, McCall & Swan, 1987). Anxiety disorders are very common among persons with chronic medical conditions, many of whom are elderly (Wells, Golding & Burnam, 1988). Among community-dwelling elderly persons, Bland et al. (1988) found 3.5% prevalence rate for anxiety/somatoform disorders.

PARAPHRENIA

The term "paraphrenia" has been used to describe the onset of paranoid psychosis in later life. The disorder is not clinically homogeneous and there would appear to be both functional and organic groups (Holden, 1987). Thus, the paranoid symptom picture may co-exist with dementia, delirium, alcoholism, and other psychiatric conditions.

---

9 It should be noted that the two conditions are not mutually exclusive.

Using a registry of cases over age 60 referred to hospital, Holden (1987) established an incidence[10] rate of 26 new cases per year for every 100,000 people in the population. Post (1980) reported a higher annual incidence rate (6.5 cases per 1000) of "senile recluses with paranoid behaviour." Prevalence studies of late-onset paraphrenia are rare. Although one American study found evidence of generalized persecutory ideation in 4% of community-dwelling elderly persons (Christenson & Blazer, 1984), in general, the frequency of schizophrenia and paranoid disorder in later life is considered to be low.

10 "Incidence" refers to the number of new cases that occur in a given period of time.

IV. RISK FACTORS FOR MENTAL HEALTH PROBLEMS IN SENIORS

A discussion of risk factors is included to assist in identifying physical, social and psychological characteristics that make elderly persons vulnerable to mental health problems. The data available on risk factors are not as readily applied to population projections and interpreted in a future framework. Rather, the purpose of this section is to highlight identifiable subgroups of persons over 65 for whom early screening and appropriate interventions (medical and psychosocial, individual- and population-based) may prevent the development of more serious psychiatric syndromes.

A. Recently Bereaved

Of all the losses experienced in late life, the most severe is undoubtedly the death of a spouse. While the DSM-III contains a diagnostic category of "uncomplicated bereavement," many older persons will suffer an extended or abnormal grief reaction, often in the form of a depression. Elderly persons are more at risk for depression during the grieving process because of diminished physical health, reduced social contact and other losses (Harrison, 1987).

A Swedish longitudinal study found increased mortality rates among older persons during the bereavement period. In comparison with married people aged 70 to 74, mortality rates were increased by 22% among widows and 48% among widowers during the 3 months after the death of a spouse (Mellstrom, Nilsson, Oden, Rundgren & Svanborg, 1982).

Although widowhood frequently means financial insecurity for women, men typically have more difficulty adjusting to the loss of a spouse, given their reliance on their female partners for domestic support and social involvement.

- During 1986, approximately 70% of all deaths among married persons were in the over-65 age group. Among seniors, 58,229 lost a spouse in 1986. Forty-two thousand, one hundred women became widows in this one-year period, as compared to 16,129 males who lost their wives.

B. Socially Isolated

It is well known that social activity declines during the senior years. The deaths of friends and relatives, limited mobility due to illness or disability, and transportation problems all contribute to this phenomenon. Decreasing fertility rates are resulting in smaller family sizes, so for that for future elderly cohorts, family support may be less available.

A lack of regular social contact increases the likelihood of mental morbidity through loneliness and diminished emotional support during times of stress. In addition, psychiatric conditions in the socially isolated may become more advanced before they are detected. Social isolation is more likely for persons living alone.

- In 1986, 680,000 or 27% of seniors lived alone in private households. Three-quarters of these were women.

- Of women over 80, one-third have fewer than two active family and close-friend ties (Statistics Canada, 1988b).

- According to the 1988 Health and Activity Limitation Survey, 400,000 seniors in Canada face barriers that interfere with their participation in leisure activities, thereby limiting their social contacts (Statistics Canada, 1990b).

- Nearly 30% (800,000) of seniors report spending most of their time alone (Stone & Fletcher, 1986).

C. Physically Disabled or in Poor Health

A strong association has been found between mental health and physical health problems. Persons with chronic medical conditions including physical handicaps are more likely to suffer depression, anxiety, and substance abuse over the course of a lifetime (Wells et al., 1988). Physical illness is a risk factor for suicide in the older depressed patient. The greater likelihood of illness and disability in the elderly makes this age group especially vulnerable to mental health problems. In addition, seniors with chronic medical conditions are likely to be on a number of medications which may cause psychiatric side effects.

- According to the Active Health Report on Seniors (Health and Welfare Canada, 1988a), 26% of persons over the age of 65 describe their health as either poor or fair.

- 75% of seniors have at least one chronic medical condition (Health and Welfare Canada, 1982). In Canada, 1,221,995 seniors (45%) report having one or more disability (Statistics Canada, 1990b).

- 85,000 disabled seniors never participate in leisure activities outside their home (Statistics Canada, 1990b).

D. Low Socio-Economic Status

Both income and education are inversely related to depression among seniors (Bliwise et al., 1986). Financial insecurity, more of a problem for older women, often limits access to recreational and other activities which enhance independence and well-being. There is also concern that persons of low socio-economic status are less inclined to seek specialized medical services and may not readily report mental health complaints to health care providers.

Higher rates of dementia are found in persons with limited education. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) studies in the U.S. (Kramer et al., 1985) reported the highest rate (12.1%) of severe cognitive impairment in elderly persons with less than six years of schooling. The rate decreases with increasing education to 1.6% for persons with Grade 12 or better. Because

these rates were not derived from clinical diagnosis but from Mini Mental State Examination scores, to a certain extent the results may be an artifact of the measurement process. Insofar as education may be correlated with greater and more diversified skill development, it may assist the individual in coping with deficits due to dementia.

- 1/3 of seniors have 9 or fewer years of schooling.

- Disability-free life expectancy in Canada is 7.7 years longer for the rich than for the poor.

- Among seniors living alone, 34.5% earn below the low-income cut-off determined by Statistics Canada (1989a).

E. Stressful Life Events

Stressful life events are known to precipitate mental health problems, most notably depression, in all age groups (Hirchfeld & Cross, 1982). Elderly persons are more likely to experience losses in social roles, finances and health. Relocation may be a very disruptive event for many seniors. Events which affect one's independence (e.g. loss of a driver's license, change in income level, etc.) have the greatest stress value for older persons. However, stressful life events are more commonly associated with adjustment disorders (reactive depressions) than other forms of affective disorder, and adjustment disorders have a relatively good prognosis (Magni, Palazzolo & Bianchin, 1986).

- 30% over 65 say life is very or fairly stressful (Health and Welfare Canada, 1988a)

F. Long-Term Hypnotic Drug Use

Long-term use of hypnotic agents increases the likelihood of adverse drug reactions, which may masquerade as symptoms of mental illness. Confusion, anxiety, insomnia, impaired psychomotor performance and dependence may occur when these drugs are taken routinely over long periods (Morgan, Dallosso et al., 1988). Sleep difficulty is an extremely common problem in old age, for which hypnotic agents are often prescribed. This may lead to long-term use, which places the elderly individual at risk for adverse central nervous system effects.

- 16% of persons over 65 use hypnotic drugs regularly. Approximately 3/4 have been on such medication for more than 1 year, while 1/4 have used hypnotic drugs for more than 10 years (Morgan et al., 1988).

G. Sensory Deficits

Peripheral sensory deficits (e.g. auditory and visual loss) are associated with the onset of delusions and perceptual errors sometimes hallucinogenic in nature (Soni, 1988). More paranoid ideation is found among community-dwelling elderly persons with visual and hearing impairment than among those whose vision and hearing are intact. While only individuals with severe deficits would be prone to paraphrenic symptoms, sensory loss should be recognized as a vulnerability factor for mental health problems in seniors.

- In Canada, 241,515 seniors (9%) report disabilities due to vision and 443,630 (16%) report disabilities due to hearing; note that

these numbers are not mutually exclusive (Statistics Canada, Health and Activity Limitation Survey, unpublished tabulation).

H. Genetic Vulnerability

It is recognized that a family history of dementia increases the risk of developing Alzheimer's disease. Genetic factors can also play a role in depression and some psychoses.

- A study by Sadovnick, Irwin, Baird and Beattie (1989) found that 5.3% of an unselected Alzheimer's disease population showed evidence of familial Alzheimer's disease inherited as autosomal dominance.

V. PROGNOSIS

A major consideration in the planning of mental health services for seniors is the intractable nature of many of the psychiatric disorders afflicting this age group. In addition, increases in life expectancy at age 65 mean that all seniors, including those with mental disorders, will live longer and will use formal care and support services over a longer period of time.

A. Dementia

The progressive deterioration of memory, intellect, and functional ability characteristic of Alzheimer's disease and similar disorders implies that, once services have been provided to a client, the need for services will continue and likely increase. The person with dementia eventually develops not only cognitive impairment but also impairment of the judgement required to manage his/her life, as well as impairment in communication and other skills and behaviours. The person ultimately becomes dependent on others for the essential activities of daily living. Currently, there is no treatment available that will interrupt the degenerative course of Alzheimer's disease. Similarly, in other organic brain syndromes (alcohol dementia, multi-infarct dementia, Parkinson's Disease, etc.). complete remissions will not occur, although in certain of these conditions, mental decline may stabilize.

A recent study following patients with primary degenerative dementia found that 35% of mild cases were institutionalized after two years, while 62% of advanced cases were institutionalized after this period (Knopman, Kitto et al., 1988).

It is important for planners to recognize that while dementia itself is not remediable, many of the psychiatric symptoms seen in the course of the disorder (e.g. sleep problems, mood fluctuation, agitation) may be modified by pharmacologic and other interventions. When such symptoms are controlled, quality of life for the patient and caregiver may be improved, and the burden of care in both community and institutional contexts reduced. Innovative management through a combination of behavioural, environmental and pharmacological therapies is proving increasingly effective in the care of dementia. The value of mental health intervention lies in the reduction of excess disability in these patients.

B. Depression

Studies assessing improvement in depressive symptoms after treatment have reported variable prognostic rates among seniors. Post (1972) reported that only one-third of depressions in elderly patients remit with treatment. In a prospective follow-up of elderly depressed outpatients treated at a mental health centre, 69% were considered still ill at 15-month follow-up (Magni et al., 1986). Among elderly persons suffering a first episode of depression, Murphy (1983) found a similar outcome: one-third were

improved at follow-up. Poor prognosis was associated with the severity of the depression, physical health problems and, to a lesser extent, severe life events in the year following onset of illness. Depression that occurs in reaction to life circumstances, labelled "adjustment disorder with depressed mood," generally has a much better prognosis (Magni et al., 1986).

One study involving a longer follow-up (Baldwin and Jolley, 1986) has reported more positive results. Sixty percent of elderly patients admitted with severe depressions showed recovery. The authors argue that treatment with well established methods will effect improvement in the majority of older patients.

C. Other Disorders

There has been little systematic study of the prognoses of the less frequent psychiatric conditions. The finding that anxiety disorders in older people are linked to physical health problems (Bliwise et al., 1987) suggests that anxiety may be a persistent feature of declining health. While the most common treatment of such disorders is the prescription of minor tranquillizers, the efficacy and appropriateness of long-term use of these drugs is questionable. The prognosis for alcohol abuse and related disorders would appear to be favourable when these syndromes are, in fact, detected and treated (Carstensen, Rychtarik et al., 1985). Less favourable outcomes are found in paraphrenia. The course of paranoid disorders is considered chronic, with little change or remission (Wasylenki, 1987b). However, paranoia as a feature of dementia may remit with treatment.

The above discussion is not intended to encourage "therapeutic nihilism" but to ensure that health care planners recognize that geriatric mental health programs must incorporate the provision of on-going services and/or routine follow-up of clients. In essence, mental health programs need to plan for a more extended service commitment to the elderly population than to the younger adult population, in which the chronic organic brain disorders occur at a much lower rate.

VI. ANTICIPATING THE BURDEN OF MENTAL HEALTH CARE FOR SENIORS

A. *What is a Case?*

The aim of this report is not simply to estimate the number of elderly mental health cases in Canada but to help gauge future mental health service needs for seniors in the country. This distinction is critical because the two estimates will frequently be disparate. The classification of the elderly population into cases and non-cases is arbitrary and will vary with the purpose of the investigation. Thus Copeland (1981) asks:

> *What is a case? How should it be defined? Should it include severity or handicap? Is the need for treatment relevant?.... The question: "What is a case?" can, with advantage, be turned on its head — "a case for what?"*

Clearly, if one is interested in designing programs for the prevention of mental illness, then classification will be based on liberal screening criteria and identify numerous cases, including very mild ones. Conversely, if the issue is the planning of an acute-care psychogeriatric service, case estimation will derive from stricter criteria and yield a lower number.

Given the complexities of defining need for treatment, the task of determining the number of cases in need of mental health services is much more difficult than simply counting the number of "cases" which exceed test cut-off scores or meet a set of standardized criteria.

B. *Determining Need for Mental Health Care*

If one were to assume that the projected psychiatric cases among the elderly population all require mental health intervention, then a panic reaction to the numbers presented in the earlier chapters would be warranted. However, there are considerations aside from the demographics. For instance, many persons, both younger and older, with mental health problems, neither seek nor require formal intervention.

Seniors receive very low levels of specialty mental health care. German, Shapiro et al. (1985) found significant cohort differences in utilization among persons with one or more DIS diagnoses. In their study, only 1% of persons aged 65–74 with a mental disorder saw a mental health specialist, and no one over the age of 75 saw a mental health specialist for mental health reasons. The seeking of mental health services, therefore, cannot be used as the index of service need, particularly in the cohort of today's elderly, for whom the stigma of mental illness is strong (Lebowitz, 1988).

German, Shapiro et al. (1985) found that seniors are most likely to discuss mental health concerns in the context of a general medical visit in the primary care setting. Thus, the ability of general practitioners to detect mental morbidity in the process of primary care is critical. Unfortunately, primary care providers are less likely either to detect or to manage mental health problems in

elderly individuals than they are in the case of younger adults (German et al., 1987).

These reports and the day-to-day experience of geriatric service providers has led to a widespread perception of inadequate services for mentally ill elderly persons. In a recent study by the National Advisory Council on Aging (1989), 96% of professionals and non-professionals working with seniors considered emotional or mental problems to be potential barriers to independent living in the aged.

DEMOGRAPHIC AGING VERSUS OTHER FACTORS

Recent studies have suggested that demographic pressure alone (i.e. the change in the age structure of the population over the next few decades) will not present a crisis in health care costs. This conclusion rests on the assumption of unchanging age- and sex-specific utilization rates of hospital and physician services per capita. Hertzman (1989) has argued that there is no evidence for an increasing temporal trend in age-specific rates of dementia. He concludes that if there is a crisis, it will not be driven by demographic factors but by increasing rates of sickness and disability among the elderly, resulting in increased health care utilization, or by increased levels of services for the elderly not necessarily related to changes in health status.

Barer, Evans, Hertzman and Lomas (1989) provide evidence that elderly persons have shown significant increases in both physician visits and hospital bed-days per capita over the past twenty years. This trend in hospital and physician service delivery was evident globally — for all diagnoses among the elderly — and was particularly marked for diagnoses related to dementia when hospital discharge data were examined alone. Whether this represents a real increase in sickness and disability or is an artifact of changing diagnostic patterns, i.e., greater sophistication in the identification of dementia, is not known. It is important to note that these changes have occurred during a period when practitioners have observed that community-based services for dementia are unavailable or inadequate. Regrettably, hospital admission, often to await transfer to a long-term-care facility, has been the only option for many of the "old-old" in our society.

Despite speculation that, with increased longevity, we may see a "compression of disability" into the last few years of life (Fries, 1983), current predictions are that, in the short run, we will see an expansion of the number of older persons with both physical and mental disability (Institute for Health Care Facilities of the Future, 1988). Stout and Crawford (1988) conclude that medical advances in prolonging life expectancy in chronic conditions have increased the number of years of disability and dependency, which will affect service utilization.

The issue of intensity of servicing is complicated because of the many factors which underlie it. In Table 12, some of these factors are listed. Those identified are not mutually exclusive. Nonetheless, it is instructive to consider each individually and note how two philosophically compatible trends may result in different impacts on mental health services. For example, elderly outreach programs are viewed as a health promotion activity that should reduce the need for psychiatric services. If, however, cases are identified which might not under other circumstances have sought treatment, service utilization will increase, at least in the short run. If intensity of case identification services is to increase, a resulting increase in service utilization rates must be recognized as legitimate, up to a certain level. Health care servicing is of course also influenced

Table 12 : Trends Affecting Need and Demand for Mental Health Services

	Trend	Implication	Effect
1.	Maturing Age Structure	Increased Number of Seniors	↑
2.	Increased Life Expectancy	Increased Disability/Duration of Formal Care	↑
3.	Rising Dependency Ratios	Less Economic Support for Health Care	↓
4.	Expanded Immigration	Mitigate Rising Dependency Ratio/ Unique Cultural Needs	↑
5.	Smaller Family Sizes	Less Informal Support	↑
6.	Declining Fertility Rates	Shift of Health Care Resources from Very Young to Elderly	↑
7.	More Women in Work Force	Fewer Traditional Family Caregivers	↑
8.	Declining Widowhood Before age 85	More Intact Families	↓
9.	Increasingly Affluent Elderly	Private Support Services	↓
10.	Health Promotion Emphasis	Prevention of Mental Health Problems	↓
11.	Increased Outreach Services	Greater Detection of Cases	↑
12.	Chronic/Intractable Psychogeriatric Disorders	Need for Ongoing Treatment or Support	↑
13.	More Trained Geriatric Service Providers	Specialized Services Available	↑
14.	Political Influence of Seniors	Service Development/Expansion	↑
15.	Advances in Home Care Technology	Self-Administered Care	↓
16.	Demand for High Quality of Life	Services Required for Milder Problems	↑
17.	Developments in Transportation/Housing	Greater Independence/Quality of Life	↓

by the availability of financial and human resources.

SERVICES FOR SENIORS: THE FUTURE ENVIRONMENT

In less than 20 years, there will be an additional 1,679,000 seniors in Canada. Over half will be over the age of 75, more frail and more prone to mental disorders. On the basis of accepted prevalence rates and current population projections, we can anticipate an additional 420,000 elderly people with some degree of mental health problem. Not all will require health or social support services, but a proportion will.

Dementia is one of the major psychiatric disorders of the elderly in Canada, and probably the most disabling. Throughout the years between diagnosis and death, persons with dementia and their caregivers require a variety of diagnostic, treatment and support services directed not only at the cognitive impairment itself but also at comorbid conditions. Earlier in this document, it was demonstrated how demographic aging will increase not only the number of cases but the point prevalence rates of both depression and dementia.

At present, while there is a consensus among service providers that there is underservicing, we do not have a clear sense of the degree to which the mental health needs of Canada's older citizens are unmet, and this is vital to service planning. More importantly, it is not known whether different diagnostic groups are receiving services at disparate rates or whether all mentally ill elderly are under-served. While the latter is usually assumed, in Britain it was found that functional psychogeriatric illnesses give way to dementia in a situation of fixed resources (Christie & Wood, 1987).

The question to be answered is "What is an appropriate level of service provision?" Without data on service need, this question is difficult to answer. Specialists and other workers in psychogeriatrics have long recognized that it is not so much the diagnosis itself that determines the extent of clinical intervention as it is the social and functional impairment which ensue from the diagnosis, along with the availability and capability of caregivers. Researchers studying mental disorders in old age are now turning their attention to the measurement of functioning in an effort to understand care needs better. An attempt to promote research relevant to health and social policy and programs is in fact a focus of the current Alzheimer's research initiative under the National Health Research Development Program.

In addition to stimulating applied research, efforts must be made to assess the value of health promotion and prevention strategies for reducing psychogeriatric disorders. To what extent are these disorders malleable through social, environmental or lifestyle changes? Our limited knowledge concerning the etiology of Alzheimer's disease precludes successful prevention programs at this time. However, given our growing understanding of the factors which make the older person vulnerable to depression, anxiety, and substance abuse, it should be possible to target health promotion programs to the populations at highest risk. While such programs will be designed to prevent mental illness and/or minimize the functional impairment associated with mental illness, the programs themselves may fall outside of medical purview. A continuum of care must be provided to meet a broad range of needs. Improvements in such things as transportation, financial support, and recreation will ultimately affect the overall well-being of seniors and increase their resistance to mental health problems.

The final issue of immediate concern in caring for the increasing numbers of elderly persons with mental disorders is the role of family and informal caregivers. The bulk of care provided to seniors with mental disorders is provided by relatives and friends. This informal support allows the patient to be maintained in his/her own home and remain a member of the community. The demands of providing full-time care to an older relative are onerous and it must be recognized that the abilities of caregivers are not limitless. Without regular support and surveillance through the formal care system, breakdown will most certainly occur. The traditional family caregivers have been the patient's spouse or the adult daughter. With greater labour-force participation among women, the latter option is becoming less available. Mental health planning models for the aged must acknowledge the implications of shifting old-age dependency ratios, and strategies must be developed to strengthen and preserve existing informal support networks.

It may be that this document has raised more questions than it has answered. However, if we are to witness a 100% increase in the numbers of elderly persons with certain mental health syndromes in less than 20 years, it is a most appropriate time to ask questions and consider new directions. The answers, we feel, are not necessarily out of reach, if a commitment is made to deal with issues in a proactive fashion, and to explore creative alternatives in the provision of mental health care. We conclude that demographic aging alone does not create a crisis for mental health care of elderly persons; however, against the current background of underservicing in the community and reliance on hospital resources, it creates a very serious challenge.

REFERENCES

Alberta Health. (1989). Alberta Health and Medical Care Study.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition, Revised). Washington, D.C.: Author.

Baldwin, R.C., & Jolley, D. J. (1986). The Prognosis of Depression in Old Age. *British Journal of Psychiatry, 149*:547–583.

Barer, M. L., Evans, R. G., Hertzman, C., Lomas, J. (1989). Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies. *Social Science and Medicine, 214*:851–862.

Berkman, L., Berkman, C., Kasl, S., Freeman, D., Leo, L., Ostfeld, A., Cornoni-Huntley, J., & Brody, J. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 124–372–388.

Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H. (1988). Prevalence of Psychiatric Disorder in the Elderly in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 338*:57–63.

Blazer, D. (1989). Personal communication.

Blazer, D., Hughes, D. C., George, L. K. (1987). The Epidemiology of Depression in an Elderly Community Population. *Journal of the American Geriatric Society, 27*:281–287.

Bliwise, N., McCall, M. E., & Swan, S. J. (1987). The Epidemiology of Mental Illness in Late Life. In E. E. Lurie and J. H. Swan (Eds.), *Serving the Mentally Ill Elderly*. Lexington, Mass.: D.C. Heath & Co.

Burns, B. J., Larson, D. B., et al. (1988). Mental Disorder Among Nursing Home Patients: Preliminary Findings from the National Nursing Home Survey Pretest. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 3*:27–35.

Canadian Medical Association. (1987). *Health Care for the Elderly: Today's Challenges, Tomorrow's Options*. Ottawa: Canadian Medical Association.

Carstensen, L. L., Rychtarik, R. G., et al. (1985). Behavioural Treatment of the Geriatric Abuser: A Long Term Follow-up Study. *Addictive Behaviours, 10*:307–311.

Christenson, R., & Blazer, D. (1984). Epidemiology of Persecutory Ideation in an Elderly Population in the Community. *American Journal of Psychiatry, 141*:1088–1091.

Christie, A. B., & Wood, E. R. (1987). Psychogeriatrics 1974 to 1984: Expanding Problems and Fixed Resources. *British Journal of Psychiatry, 151*:813–817.

Copeland, J. (1981). What is a "case?" A case for what? In J.K. Wing, P. Bebbington and L. N. Robins (Eds.). *What is a Case?* London: Grant McIntyre.

Danforth, D., & McKinnon, A. (1990). Psychoactive Medication Use in 21 Long Term Facilities. Paper presented at the 19th annual meeting of the Canadian Association on Gerontology. Victoria, B.C.

Donnelly, M. (1988). Depression in the Elderly. *The British Columbia Medical Journal*, 30:250–253.

Fries, J. F. (1983). The Compression of Morbidity. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 61*:397–419.

German, P. S., Shapiro, S., et al. (1985). Mental Health of the Elderly: Use of Health and Mental Health Services. *Journal of the American Geriatrics Society, 33*:246–252.

German, P. S., Shapiro, S., et al., (1987). Detection and Management of Mental Health Problems of Older Patients by Primary Care Providers. *Journal of the American Medical Association*, 257:489-493.

Harrison, M. K. (1987). Loss, Grief and Adaptation. In D.A. Wasylenki et al. (Eds.), *Psychogeriatrics: A Practical Handbook*, Toronto: Gage.

Health and Welfare Canada. (1982). *Canadian Government Report on Aging*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Health and Welfare Canada. (1987) *Report of the National Task Force on Suicide in Canada*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Health and Welfare Canada. (1988a). *The Active Health Report on Seniors*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Health and Welfare Canada. (1988b). *Guidelines for Comprehensive Services To Elderly Persons with Psychiatric Disorders*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Hertzman, C. (1989). Rising Tides Do Not Always Cause Floods: The Case of Dementia. Unpublished manuscript.

Hirchfeld, R. M., & Cross, C. K. (1982). Epidemiology of Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry, 39*:35–46.

Holden, N. L. (1987). Late Paraphrenia or the Paraphrenias? A Descriptive Study with a 10-year Follow-up. *British Journal of Psychiatry, 150*:635–639.

Ineichen, B. (1987). Measuring the Rising Tide: How Many Dementia Cases Will There Be By 2001? *British Journal of Psychiatry, 150*:193–200.

Institute for Health Care Facilities of the Future (1988). *Aging: Future Health Care Delivery.* Ottawa: Author.

Jeans, E. R., Helmes, E., et al. (1987). Some Calculations on the Prevalence of Dementia in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 32*:81–85.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Henderson, A. S. (1987). The Prevalence of Dementia: A Quantitative Integration of the Literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*:465–479.

Kay, D. W. K., Henderson, A. S., et al. (1985). Dementia and Depression Among the Elderly Living in the Hobart Community: The Effect of Diagnostic Criteria on Prevalence Rates. *Psychological Medicine, 15*:771–788.

Knopman, D. S. Kitto, J., et al. (1988). Longitudinal Study of Death and Institutionalization in Patients with Primary Degenerative Dementia. *Journal of the American Geriatric Society, 36*:108–112.

Kramer, M., German, P. S., et al. (1985). Patterns of Mental Disorder Among the Elderly Residents of Eastern Baltimore. *Journal of the American Geriatric Society., 33*:236–245.

Lebowitz, B.C. (1988). Correlates of Success in Community Mental Health Programs for the Elderly. *Hospital and Community Psychiatry, 39*:721–722.

Lipton, H.L. & Lee, P.R. (1988). *Drugs and the Elderly: Clinical, Social, and Policy Perspectives.* Stanford, Calif: Stanford University Press.

Magni, G., Palazzolo, O., & Bianchin, G. (1986). The Course of Depression in Elderly Outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry, 33*:21–24.

McDaniel, S. A. *Canada's Aging Population.* (1986). Perspectives on Individual and Population Aging Series. Toronto: Butterworths.

McNeil, J. K. & Harsany, M. (1989). An Age Difference View of Depression. *Canadian Psychology, 30*:600–615.

Mellor, D., Nilsson, A., Oden, A., Rundgren, A., & Svanborg, A. (1982). Mortality among the Widowed in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 10*:33–41.

Morgan, K., Dallosso, H., et al. (1988). Prevalence, Frequency, and Duration of Hypnotic Drug Use Among the Elderly Living at Home. *British Medical Journal, 296*:601–602.

Murphy, E. (1983). The Prognosis of Depression in Old Age. *American Journal of Psychiatry, 142*:111–119.

National Advisory Council on Aging (1989). *Understanding Seniors' Independence, Report No. 1: The Barriers and Suggestions for Action.* Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Parmelee, D. A., Katz, I. R., Lawton, M. P. (In Press). Depression Among Institutionalized Aged: Assessment and Prevalence Estimation. *Journal of Gerontology*, 44:M22–29.

Perry, L. A. (1987). Substance Abuse. In D. A. Wasylenki et al., (Eds.), *Psychogeriatrics: A Practical Handbook.* Toronto: Gage.

Post, F. (1972). The Management and Nature of Depressive Illnesses in Late Life: A Follow-Through Study. *British Journal of Psychiatry*, 121:393–404.

Post, F. (1980). Paranoid, Schizophrenic-like and Schizophrenic States in the Aged. In J. E. Brian & R. S. Sloane (Eds.), *Handbook of Mental Health and Aging*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Regier, D. A., Boyd, J. H., et al. (1988). One Month Prevalence of Mental Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 45*:977–986.

Robertson, D. (1988). Clinical Assessment of Mental Health. *The British Columbia Medical Journal, 30*:243–245.

Robertson, D., Stolee, P., Rockwood, K. (1989). The prevalence of cognitive impairment in a Canadian population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80*:303–309.

Rockwood, K., Stolee, P., Robertson, D. (1989). The Prevalence of Problem Behaviour in Elderly Residents of Long Term Care Institutions. *Canadian Journal of Public Health, 80*:302–303.

Rovner, B. W., Kafonek, S., et al. (1986). Prevalence of Mental Illness in a Community Nursing Home. *American Journal of Psychiatry, 143*:1446–1449.

Sirois, F. (1988). Delirium: 100 Cases. *Canadian Journal of Psychiatry, 33*:375–378.

Soni, S. D. (1988). The Relationship between Peripheral Sensory Disturbance and the Onset of Symptoms in Elderly Paraphrenics. *International Journal of Geriatric Psychiatry.*

Statistics Canada (1987a). *Population and Dwelling Characteristics: Age, Sex and Marital Status*, Canada 1986. Catalogue 93–101. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Statistics Canada (1987b). *Post Censal Annual Estimates of Population by Marital Status, Age, Sex, and Components of Growth for Canada, Provinces, and Territories.* June 1, 1986. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Statistics Canada (1988a). *Canada's Seniors: Census 1986.* Written by Leroy Stone and Hubert Frenken. (Catalogue 98–121). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Statistics Canada (1988b). *Family and Friendship Ties Among Canada's Seniors.* Written by Leroy Stone. (Catalogue 89-508). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Statistics Canada (1989a). *Family Income: Census 1986.* Written by A. Rashid. (Catalogue 98–128). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Statistics Canada (1989b). *Life Tables; Canada and the Province 1985–87.* (Billing #41044). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Statistics Canada (1989c). *Population Projections for Canada, Provinces and Territories 1987–2011.* Catalogue 91–520. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Statistics Canada (1990a). *Ethnic Diversity in Canada: Census 1986.* Written by Pamela White. (Catalogue 98–132). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Statistics Canada (1990b). *The Health and Activity Limitation Survey: Highlights- Disabled Persons.* (Catalogue 82–602). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Stone, L. & Fletcher, S. (1986). *The Seniors Boom: Dramatic Increases in Longevity and Prospects for Better Health.* Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Stout, R. W. & Crawford, V. (1988). Active Life Expectancy and Terminal Dependency: Trends in Long Term Geriatric Care Over 33 Years. *The lancet,* February 6, 281–283.

Teri, L. Larson, E. B., and Reifler, B. V. (1988). Behavioural Disturbance in Dementia of the Alzheimer's Type. *Journal of the American Geriatrics Society, 36*:1–6.

Wasylenki, D. A. (1987a). Delirium. In D. A. Wasylenki et al. (Eds.). *Psychogeriatrics: A Practical Handbook.* Toronto: Gage.

Wasylenki, D. A. (1987b). Paranoid Disorders. In D. A. Wasylenki et al. (Eds.), *Psychogeriatrics: A Practical Handbook.* Toronto: Gage.

Wells, K. B., Golding, J. M., Burnam, M. A. (1988). Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population With and Without Chronic Medical Conditions. *American Journal of Psychiatry, 145*:976–981.

Wragg, R. E., Jeste, D. V. (1989). Overview of Depression and Psychosis in Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry, 146*:577–587.

TROUBLES MENTAUX

chez les

PERSONNES AGÉES AU CANADA

Considérations d'ordre démographique et épidémiologique

Canada

TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AU CANADA :

Considérations d'ordre démographique et épidémiologique

Kimberley L. McEwan, Ph.D.
Mental Health Services
British Columbia Ministry of Health

Martha Donnelly, MD, CCMF, FRCP(C)
Division of Community Geriatrics
Department of Family Practice
University of British Columbia

Duncan Robertson, MBBS, FRCP (Londres et Édimbourg), FRCP(C)
Division of Geriatric Medicine, Department of Medicine
University of British Columbia

Clyde Hertzman, MD, MSc, FRCP(C)
Department of Health Care and Epidemiology
University of British Columbia

Publié par la
Division de la santé mentale
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title
"Mental Health Problems among Canada's Seniors: Demographic and Epidemiologic Considerations"

Des exemplaires de ce document
peuvent être obtenus du :
Service des publications
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa, Canada K1A 1B4

© Ministère des Approvisionnements et Services Canada 1991
N° de catalogue H39-203/1991F
ISBN-0-662-96645-7

Les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue ou les politiques du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ou du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

TABLE DES MATIÈRES

Préface v

I. Introduction 1

II. Caractéristiques démographiques de la population agée 4

A. Situation actuelle 4

B. Tendances futures 8

III. Prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées 11

A. Démence 12

B. Dépression 17

C. Autres troubles 20

IV. Facteurs de risque de troubles mentaux chez les personnes âgées 23

A. Deuil récent 23

B. Isolement 23

C. Incapacités physiques ou santé fragile 24

D. Situation socio-économique précaire 25

E. Événements stressants de la vie 25

F. Usage prolongé d'hypnotiques 26

G. Déficiences sensorielles 26

H. Vulnérabilité génétique 26

V. Pronostic 27

A. Démence 27

B. Dépression 27

C. Autres troubles 28

VI. Prévision du fardeau de la prestation des soins de santé mentale aux personnes âgées 29

A. Qui représente un cas? 29

B. Détermination des besoins en matière de soins de santé mentale 29

VII. Bibliographie 37

PRÉFACE

Ce rapport présente les taux de prévalence publiés des troubles mentaux chez les personnes âgées et les tendances démographiques auxquelles ils sont intégrés. Il permet donc de jeter un regard éclairé sur ce que seront les besoins en services de santé mentale des personnes âgées. Le rapport couvre une période de 25 ans qui s'étend de 1981 à 2006 et fournit des estimations quinquennales du nombre de personnes âgées atteintes de troubles mentaux. Les données "actuelles" présentées sont tirées du recensement de 1986, qui constitue la plus récente base officielle de statistiques démographiques.

Nous reconnaissons que les hypothèses sur lesquelles reposent les prévisions démographiques concernant la fécondité, la mortalité et la migration pourraient éventuellement se révéler non fondées au cours de la période couverte par le rapport. De même, il se peut que les données épidémiologiques concernant les troubles de nature psychiatrique ou autre qui sont citées dans le présent rapport ne reflètent pas fidèlement la prévalence de ces mêmes troubles au Canada. Une étude conjointe en cours sur la santé et le vieillissement, financée par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, fournira des données précises sur la prévalence des démences au Canada, mais ces données ne seront pas disponibles avant deux ans. En raison de l'insuffisance des données épidémiologiques concernant les troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada, les taux de prévalence cités dans le présent rapport proviennent, dans la plupart des cas, d'études réalisées aux États-Unis ou en Grande-Bretagne, ou ont été établis à partir de résultats de diverses études internationales. Nous avons cherché à n'utiliser que des données provenant d'études menées selon les méthodologies les plus valables, mais nous sommes conscients que certaines lacunes peuvent persister sur le plan méthodologique.

En dépit des réserves susmentionnées, nous sommes d'avis que les estimations présentées dans le rapport fournissent un aperçu réaliste de l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de troubles mentaux et constituent la meilleure base possible pour la planification des services.

Ce document a été préparé sous les auspices du Comité de direction sur les soins en psychogériatrie, qui relève du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial de la santé mentale et du Sous-comité sur les soins prolongés. Les auteurs tiennent à remercier de leurs conseils, de leur appui et de leur aide les membres du Comité de direction (D[r] John Gray, M[me] Pauline Chartrand et M. Paul Pallan), de même que M. Thomas Lips, de la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada. Ils sont particulièrement redevables aux nombreux experts des quatre coins du pays qui ont révisé les versions préliminaires du manuscrit et partagé leurs connaissances et le fruit de leurs réflexions.

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population canadienne est un phénomène qui remonte au début du siècle. Toutefois, à cause de l'accélération de ce processus au cours des dernières années, il apparaît nécessaire d'examiner sérieusement les conséquences socio-économiques du vieillissement de la population. L'augmentation rapide du nombre de personnes âgées, conjuguée au fait que la structure par âge de la population est actuellement dominée par le groupe d'âge mûr, laisse entrevoir un changement sans précédent dans la composition de la population de ce pays. S'il est vrai que des tendances semblables sont observées dans d'autres pays, les problèmes liés au vieillissement de la population sont nouveaux pour le Canada.

L'une de ces difficultés consistera à répondre aux besoins des personnes âgées atteintes de troubles mentaux. Dans un document publié récemment, intitulé *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux* (Santé et Bien-être social Canada, 1988b), on conclut qu'il est urgent de trouver des solutions au problème. On a comparé l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de troubles mentaux à une "marée montante" (Ineichen, 1987), et d'aucuns s'inquiètent de voir s'élargir l'écart entre l'offre et la demande de services. Pour juger de la gravité de ce problème, il faut que les responsables de la planification des soins de santé évaluent les conséquences de l'évolution des facteurs démographiques sur l'épidémiologie des troubles mentaux chez les personnes âgées. L'objet du présent rapport est de présenter des données qui permettront aux responsables de prendre des décisions éclairées concernant les politiques et les programmes susceptibles d'influer sur les services de santé mentale fournis aux personnes âgées dans l'avenir.

Des études récentes ont révélé que la prévalence des troubles psychiques chez les personnes âgées était faible, mais l'interprétation de ces résultats a soulevé une certaine controverse. D'abord, ces études épidémiologiques ont été menées selon des méthodologies différentes, et les études fondées sur des critères diagnostiques rigoureux ont révélé des taux de troubles mentaux plus faibles, en particulier pour ce qui est des troubles fonctionnels (p. ex., dépression). D'autres ont allégué que ces taux ne rendent pas compte de la véritable prévalence des troubles psychiques dans ce groupe d'âge en se fondant sur des données obtenues selon des critères moins rigoureux mais censément plus sensibles. Par ailleurs, certains ne classent pas la démence parmi les troubles psychiatriques, ce qui fait baisser les taux des troubles psychogériatriques. Bien qu'elles soient surtout associés à la vieillesse, les démences doivent être incluses dans l'éventail des troubles mentaux.

Il règne également une certaine confusion quant à l'importance clinique des symptômes psychiques observés chez les personnes âgées. Il est particulièrement difficile de poser un diagnostic de trouble mental dans le cas de personnes atteintes d'affections ou d'incapacités physiques chroniques, car chez les personnes âgées, la distinction entre déficiences mentales et troubles physiques est floue (Robertson, 1988). On comprend mal le rôle des facteurs médicaux sur la santé mentale des personnes âgées, car leurs effets sont souvent subtils et atypiques. En outre, de nombreuses personnes âgées dont la santé physique est compromise éprouvent des réactions

psychologiques. Bien que ces symptômes puissent ne pas satisfaire aux critères des troubles mentaux répertoriés dans le DSM-III, on prescrit souvent un traitement en pareilles circonstances parce que le bien-être général du patient est menacé. Si, dans le passé, ces syndromes ont été qualifiés de "subcliniques", cette étiquette semble peu appropriée dans les cas où une intervention s'impose.

Pour être efficace, la planification des services de santé mentale doit s'appuyer sur plus que la simple connaissance des tendances démographiques et des taux de prévalence publiés des troubles psychiques qui surviennent au cours de la vieillesse. Si les données épidémiologiques permettent d'estimer le nombre de clients susceptibles de présenter des troubles psychogériatriques, il est essentiel de s'efforcer aussi de déterminer les facteurs qui prédisposent les personnes âgées à souffrir de troubles psychiques ou à avoir besoin de soins de santé. Étant donné que les ressources affectées aux soins de santé sont limitées et vu l'accroissement de la demande de services, il faut réorienter nos efforts d'intervention vers la prévention des maladies mentales chez les personnes âgées.

Les personnes âgées peuvent souffrir de pratiquement tous les syndromes mentaux qui touchent les adultes plus jeunes (p. ex., dépression, anxiété, abus de substances psycho-actives, etc.) et sont plus exposées à certains troubles (p. ex., démence, paraphrénie, etc.). On trouve également parmi la population âgée des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques qui ont survécu jusqu'à un âge avancé. Outre les personnes atteintes de schizophrénie chronique, cette dernière catégorie englobe des personnes présentant des déficiences mentales imputables à un retard mental ou à un traumatisme crânien. Dans le présent rapport, nous avons mis l'emphase sur les états qui surviennent au cours de la vieillesse. Chez les personnes jeunes, les effets incapacitants d'un trouble mental quelconque peuvent ne se manifester qu'à la phase tardive, mais chez les personnes âgées, même un trouble mental léger peut compromettre l'autonomie, surtout s'il est allié à une affection physique ou à l'isolement.

OBJECTIFS

Ce document vise à fournir des renseignements à jour sur l'épidémiologie des troubles mentaux qui frappent les personnes âgées au Canada et à examiner ces données à la lumière de l'évolution prévue de la structure par âge de la population. Nous espérons qu'une telle analyse permettra de cerner les besoins de santé mentale des personnes âgées de plus en plus nombreuses. Bien que les renseignements présentés dans ce document puissent éventuellement servir de fondement au développement et à l'expansion de systèmes de prestation des services, nous ne cherchons pas à examiner les modèles ou les systèmes de prestation de soins. Nous tentons plutôt d'estimer le nombre de personnes âgées atteintes de troubles mentaux et de cerner les facteurs susceptibles d'influer sur l'offre et la demande de soins.

Ce rapport fait partie d'une série de documents fédéraux-provinciaux élaborés à la suite de la publication de *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux* (Santé et Bien-être social Canada, 1988b). Les principaux troubles mentaux examinés ici sont la démence et la dépression. Le lecteur trouvera dans les parties qui suivent un examen plus approfondi de ces troubles ainsi que des estimations du nombre prévu de cas entre 1981 et 2006. Bien que tous les cas n'auront pas nécessairement besoin de services, ces chiffres peuvent nous aider à évaluer l'ampleur du fardeau imposé au système de soins de santé. En ce qui concerne la méthodologie

utilisée dans l'élaboration de ce rapport, nous avons passé en revue les études épidémiologiques existantes en portant une attention particulière aux données canadiennes, examiné les données du recensement de 1986 de Statistique Canada et les projections démographiques fondées sur ces mêmes données, calculé le nombre de personnes de plus de 65 ans qui souffrent actuellement de troubles psychiques sévères et fait des projections quant à leur nombre pour chaque intervalle de cinq ans; nous avons également analysé les facteurs qui influent sur l'apparition et l'évolution des troubles mentaux chez les personnes âgées et, dès lors, sur les besoins de services.

II. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ÂGÉE[1]

A. Situation actuelle

ÂGE ET SEXE

Selon les données du recensement de 1986, la population du Canada s'établit à 25 309 330 habitants. Un peu plus de 10,7 % d'entre eux, soit 2 697 680 habitants, sont âgés de plus de 65 ans,[2] et 4,1 % ou 1 470 000 Canadiens ont plus de 75 ans. Le tableau 1 présente en détail la répartition de la population selon l'âge et le sexe.

Comme dans d'autres pays, les femmes surpassent en nombre les hommes dans le groupe d'âge de 65 ans et plus. Pour l'ensemble de la population âgée, on compte 72 hommes pour 100 femmes. Le phénomène est attribuable à une différence de 6,2 ans entre l'âge médian au moment du décès des hommes (70,6 ans) et celui des femmes (76,8 ans) (Statistique Canada, 1987a). Tel que l'indique le tableau ci-dessus, le ratio de masculinité varie considérablement avec l'âge; ainsi, dans le groupe d'âge de 85 ans et plus, on compte deux fois plus de femmes que d'hommes.

Tableau 1 : Répartition des personnes âgée de plus de 65 ans selon l'âge et le sexe, Canada, 1986 (en milliers)

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	Ratio de masculinité*
65–69	414,5	497,2	911,8	83
70–74	324,3	414,0	738,3	78
75–79	209,9	300,5	510,4	70
80–84	115,4	194,0	309,4	59
85–89	48,5	103,6	152,1	47
90+	20,7	55,0	75,6	38
TOTAL	1 133,3	1 564,3	2 697,6	72

** Nombre d'hommes par 100 femmes*

Source : Statistique Canada, (1987a), N° de catalogue 93–101, Tableau 3.

1 Cette partie présente un aperçu des caractéristiques démographiques des personnes âgées. On trouvera des renseignements plus détaillés sur le sujet dans Stone et Frenken (Statistique Canada, 1988a).

2 Selon les prédictions démographiques établies pour 1990, la population canadienne s'élèvera à 26 460 600 habitants et 3 075 200 d'entre eux (11,6%) auront plus de 65 ans.

ÉTAT MATRIMONIAL

La très grande majorité des hommes âgés sont mariés; la proportion de femmes âgées mariées est significativement moindre (figure 1). En raison des différences de taux de mortalité entre les deux sexes, le pourcentage de veuves (48,2 %) dans la population âgée de plus de 65 ans est très nettement supérieur à celui des veufs (13,5 %). Les hommes sont donc plus susceptibles de jouir du soutien de leur conjoint au cours de leur vieillesse.

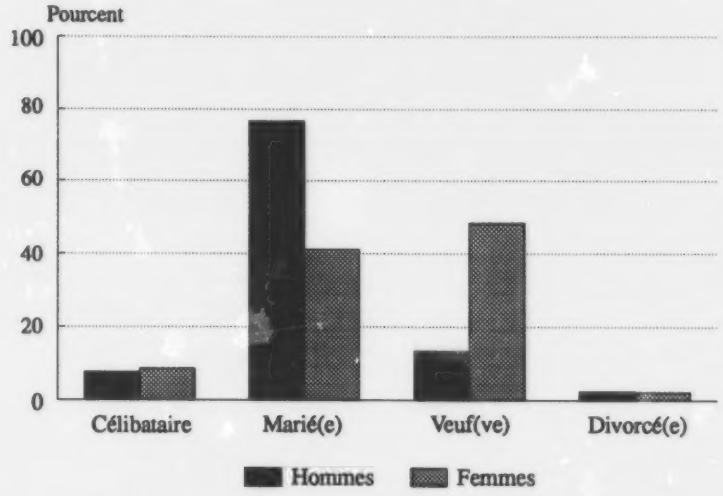
ORIGINE ETHNIQUE

La population canadienne est très hétérogène sur le plan de l'origine ethnique. Comme le montre le tableau 2, la majorité des personnes âgées sont d'origine britannique ou française. Toutefois, près du quart des Canadiens ont déclaré une autre origine unique. Ce groupe est composé principalement de personnes d'origine allemande, italienne, ukrainienne, juive ou polonaise (Statistique Canada 1990a).

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE

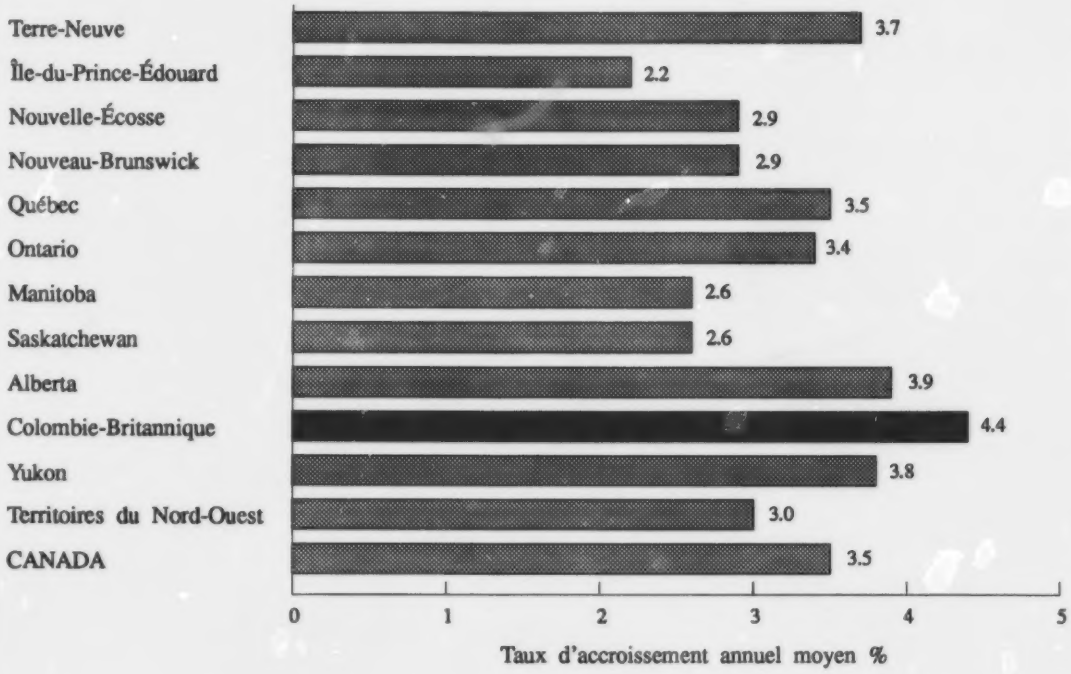
Plus de la moitié des personnes âgées au Canada résident dans deux provinces, l'Ontario et le Québec (tableau 3). Cela n'a rien d'étonnant, compte tenu de la taille des populations de ces deux provinces. Toutefois, la proportion de personnes âgées en Ontario et au Québec s'approche de la moyenne nationale, qui se situe à 10,7 %. Les provinces qui présentent les plus fortes proportions de personnes âgées sont l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan, le Manitoba et la Colombie-Britannique. C'est

Figure 1 : État matrimonial des Canadiens âgés de plus de 65 ans



Source : Statistique Canada (1987a), N° de catalogue 93–101, Tableau 5.

Figure 2 : Taux d'accroissement annuel moyen de la population âgée de plus de 65 ans au Canada



Source : Stone et Frenken, Statistique Canada, (1988a).

cependant en Colombie-Britannique qu'on a observé la croissance la plus rapide du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans au cours des dix dernières années, soit 4,4 % par année (figure 2). Par comparaison, la population canadienne prise dans son ensemble s'est accrue de moins de 2 % par année au cours de la même période.

En raison de sa structure par âge et de la croissance accélérée de sa population âgée, la Colombie-Britannique vit une situation unique dans la mesure où les pressions dues au vieillissement de sa population atteindront une ampleur nettement supérieure à celle qu'on observera dans les autres provinces (Statistique Canada, 1988a).

ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS

L'espérance de vie[3] des Canadiens à l'âge de 65 ans varie considérablement selon le sexe, s'établissant à 14,9 ans chez les hommes, comparativement à 19,2 ans, en moyenne, chez les femmes (Statistique Canada, 1989a).

INSTITUTIONNALISATION

Au Canada, 8 % des personnes âgées vivent en établissement. Lors du recensement de 1986, 203 045 personnes âgées vivaient dans des foyers de soins. Les foyers de soins prolongés comptent deux fois plus de femmes (141 710) que d'hommes (61 335) parmi leur clientèle, et ce

Tableau 2 : Origine ethnique des personnes âgées de plus de 65 ans au Canada

Britannique	45,9%
Française	22,5%
Britannique et Française	2,3%
Britannique et/ou Française et autres	3,9%
Autres origines uniques	24,3%
Autres origines multiples	1,1%

Source : White, P. (Statistique Canada, 1990a). Diversité ethnique au Canada. Statistique Canada. Recensement de 1986.

Tableau 3 : Nombre d'habitants, Canada et provinces (en milliers)

Région	Population totale	Population 65+	Pourcentage de la population totale
Terre-Neuve	568,3	50,0	8,8
Île-du-Prince-Édouard	126,7	16,1	12,7
Nouvelle-Écosse	873,2	103,8	11,9
Nouveau-Brunswick	709,4	78,7	11,1
Québec	6 532,5	650,6	10,0
Ontario	9 101,7	992,7	10,9
Manitoba	1 063,0	133,9	12,6
Saskatchewan	1 009,6	128,6	12,7
Alberta	2 365,8	191,3	8,1
Columbie-Britannique	2 883,4	349,5	12,1
Yukon	23,5	0,9	3,8
Territoires du Nord-Ouest	52,2	1,5	2,9
CANADA	25 309,3	2 697,6	10,7

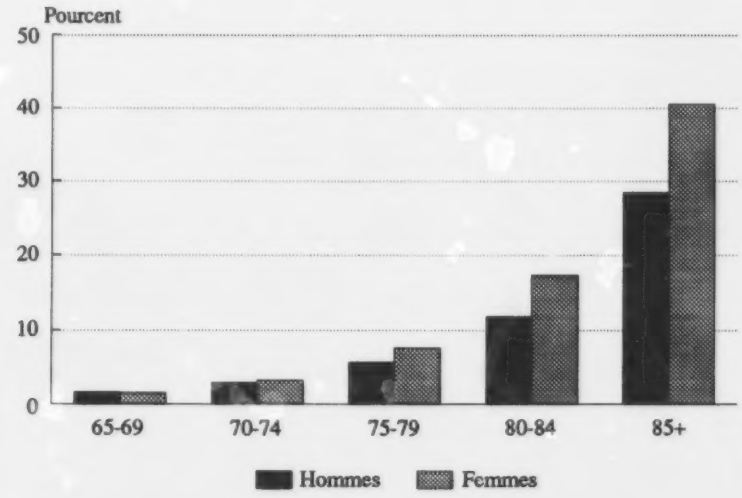
Source : Statistique Canada, (1987a), N° de catalogue 93–101, Tableau 3.

3 Il convient de ne pas confondre l'espérance de vie avec l'âge médian au décès, donnée statistique qui varie selon les taux de mortalité de tous les groupes d'âge de la population. L'espérance de vie à 65 ans varie selon les fluctuations réelles des taux de longévité des personnes âgées.

ratio passe à 3 pour 1 si l'on ne considère que le groupe d'âge de 75 ans et plus. L'Association médicale canadienne (1987) attribue cet écart en partie à l'isolement et aux difficultés financières qui résultent de la perte du conjoint, situation qui permet difficilement aux femmes de continuer à vivre de façon indépendante. En outre, les taux élevés de veuvage limitent le nombre de fournisseurs de soins pour les femmes âgées.

(ce qui a eu pour effet de conserver intactes les familles des personnes âgées de moins de 85 ans) et à l'accessibilité accrue de services communautaires de soutien.

Figure 3 : Répartition des personnes âgées vivant en établissement selon l'âge (%)



Source : Stone et Frenken, Statistique Canada, (1988a), Tableau 10.1.

On note une forte relation linéaire entre l'âge et l'institutionnalisation (figure 3). Au cours des dix dernières années, Stone et Frenken (Statistique Canada, 1988a) ont observé une baisse du pourcentage de personnes âgées de moins de 85 ans vivant en établissement et une tendance inverse dans le cas des personnes âgées de plus de 85 ans. Selon ces chercheurs, le phénomène pourrait être attribuable à la diminution des taux de veuvage observée durant cette même période

B. Tendances futures

Le tableau 4 indique la taille et la composition par âge de la population canadienne en 1981 et en 1986 et présente des projections de ces mêmes variables pour les années 1991 et 2006. La population prise dans son ensemble s'accroîtra de 21 % entre 1986 et 2006. On prévoit un taux de croissance comparable chez les personnes en âge

Tableau 4 : Répartition de la population selon les grands groupes d'âge, Canada, 1981-2006 (en milliers)

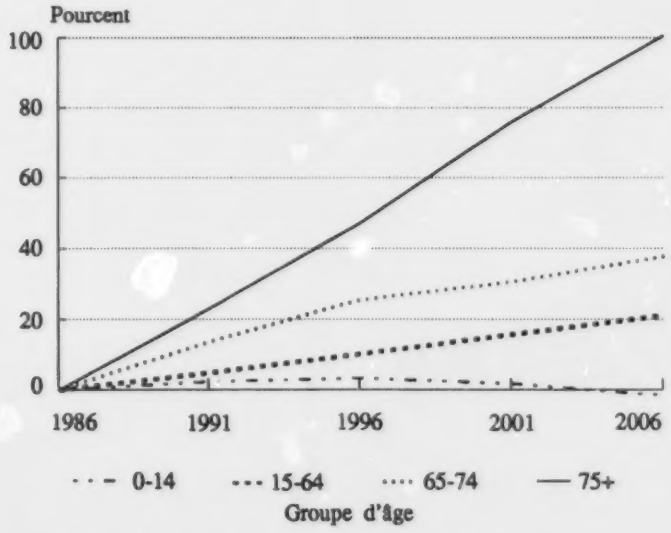
	0–14	15–64	65+	Total
1981	5 481,6	16 500,6	2 361,0	24 343,2
1986	5 392,0	17 219,7	2 697,6	25 309,3
1991	5 525,0	18 059,1	3 169,6	26 753,7
1996	5 570,1	18 992,8	3 617,0	28 179,9
2001	5 489,9	19 958,5	4 000,8	29 449,2
2006	5 310,1	20 881,6	4 376,8	30 568,5

Source : Données de 1981 et 1986 : Statistique Canada (1987a). N° de catalogue 93-101, tableau 3.
Données de 1991 à 2006 : Statistique Canada (1989). N° de catalogue 91-520, Projection n° 3.

de faire partie de la population active (15-64 ans). Toutefois, le nombre de personnes faisant partie du groupe d'âge le plus jeune (0-14 ans) diminuera au cours des 20 prochaines années.

Le nombre de personnes âgées s'accroîtra plus rapidement (augmentation de 62 %). Le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans augmentera de façon modérée, (38 %), tandis que celui des

Figure 4 : Taux d'accroissement de la population prévu (%) par rapport aux niveaux actuels



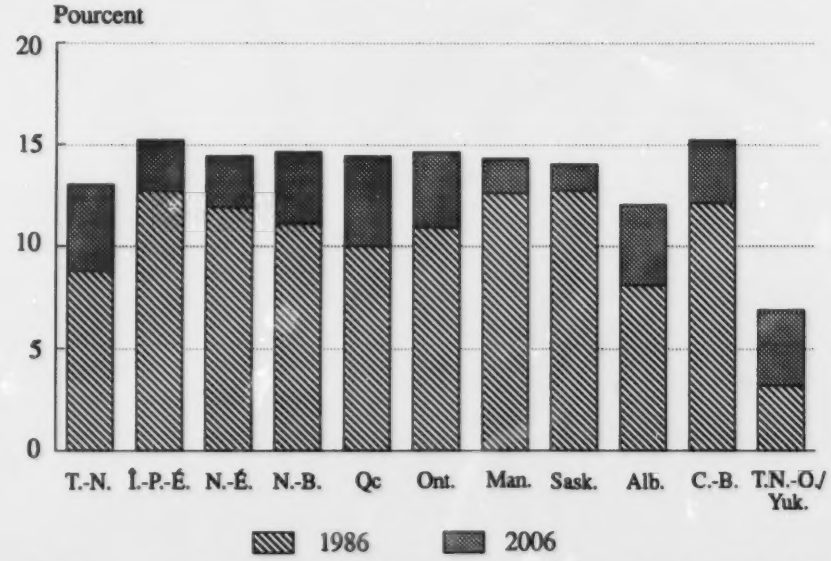
Source : Statistique Canada (1989c), N° de catalogue 91–520, Projection n° 3.

personnes âgées de 75 ans et plus doublera au cours de cette même période (figure 4). Il convient de noter que la fraction de la population qui s'accroît le plus rapidement est également celle dont la santé est la plus fragile et dont les membres ont le plus besoin de services de soutien, tant structurés qu'informels.

Le ratio de dépendance des personnes âgées, qui met en relation le nombre de personnes âgées et celui des personnes en âge de pleine activité économique (15-64 ans), est un indicateur de la charge économique qui pourrait résulter de cette dépendance accrue. On prévoit que ce ratio passera de 1:6 à 1:3 entre 1986 et 2031 (Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, 1988). Il faut donc s'attendre à une diminution significative du nombre de fournisseurs de soins faisant partie des réseaux de soins structurés.

Pour être en mesure d'évaluer l'ampleur des pressions qui s'exerceront sur les systèmes de services existants, il faut examiner la croissance démographique dans différentes régions. À cet égard, l'examen des courbes de croissance de chaque province fondé sur la comparaison du pourcentage actuel de personnes âgées de plus de 65 ans dans la population de chaque province aux pourcentages prévus en 2006 fournit des indications utiles. Dans moins de 20 ans, les personnes âgées formeront plus de 15 % des populations de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique (figure 5).

Figure 5 : Pourcentage de personnes âgées dans la population totale, provinces et territoires : 1986 et 2006

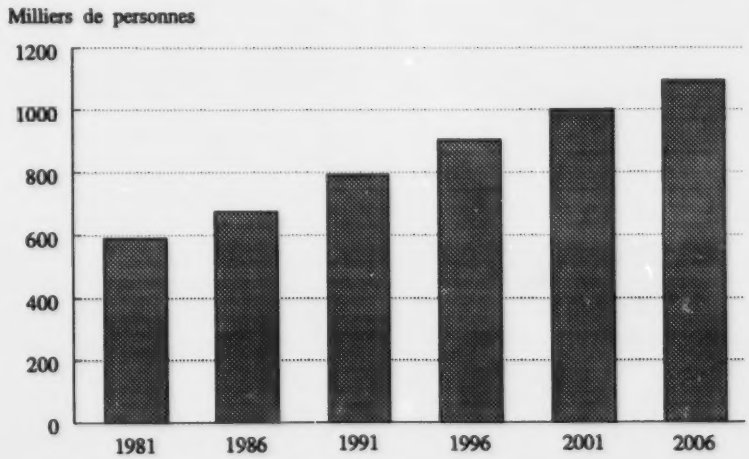


Source : Statistique Canada (1987a), N° de catalogue 93–101, Tableau 3; Statistique Canada (1989c), N° de catalogue 91-520, Projection no 3. 91–520, Projection n° 3.

III. PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

En dépit de la variabilité des taux de prévalence publiés des troubles mentaux chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on reconnaît en général que la prévalence[4] globale de ces troubles est élevée. L'Association médicale canadienne (1987) estime qu'en tout temps environ 30 % des personnes âgées ont besoin de services de santé mentale. D'autres (p. ex., Kramer, German et coll., 1985) évaluent le taux de prévalence globale à 17 %. Pour les fins de la présente analyse, nous adopterons un taux de 25 %. Selon ce même taux, plus de 674 000 personnes âgées étaient atteintes de troubles mentaux au Canada en 1986. Si le taux de prévalence globale se maintient jusqu'en l'an 2006, le nombre de personnes âgées atteintes de troubles mentaux s'élèvera à 1 094 200 - une augmentation d'environ 420 000 cas potentiels de troubles psychogériatriques de divers degrés de sévérité. La figure 6 illustre la croissance prévue.

Figure 6 : Nombre estimatif des personnes âgées souffrant de troubles mentaux au Canada



Source : Données démographiques de Statistique Canada (1989c). N° de catalogue 91-520, Projection n° 3.

4 Appliqué à un trouble, le terme "prévalence" désigne le nombre de cas dans une population déterminée, à un moment donné; on peut également utiliser l'expression "prévalence ponctuelle".

La démence et la dépression sont les troubles mentaux les plus fréquemment observés chez les personnes âgées. Démence et dépression peuvent coexister, mais elles feront l'objet d'un examen séparé à des fins d'estimation du nombre de cas.

A. Démence

La démence est un syndrome mental dégénératif à évolution progressive qui entraîne une altération marquée de la mémoire et des fonctions intellectuelles et une perte de l'autonomie. Sur le plan clinique, le syndrome est défini par les critères diagnostiques présentés dans la troisième version révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R), d'où a été extrait le tableau 5. La majorité des cas de démences chez les personnes âgées sont causés par la maladie d'Alzheimer et les affections cérébrovasculaires.

PRÉVALENCE

L'étude canadienne sur la santé et le vieillissement financée par le PNRDS est la première à coordonner des études épidémiologiques sur la démence réalisées aux quatre coins du Canada. Toutefois, il convient de noter que d'autres études épidémiologiques ont été menées antérieurement dans diverses régions du pays. En Saskatchewan, Robertson, Rockwood et Stolee (1989) ont observé dans une collectivité donnée que 3,2 % des personnes âgées étaient atteintes de démence modérée et 1 %, de démence grave. Dans le cadre d'une enquête auprès des ménages réalisée à Edmonton, Bland, Newman et Orn (1988) ont évalué à 3,5 % le taux de prévalence de déficit cognitif léger, mais n'ont pas observé de cas de déficit sévère dans la collectivité. Ces estimations sont faibles si on les compare aux données d'autres études. Ainsi, Jeans, Helmes et coll. (1987) ont extrapolé à la population canadienne les taux observés dans d'autres pays et estimé à 4,1 % le taux de prévalence de la démence chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

Sur le plan méthodologique, les différences observées entre les études en ce qui a trait au type d'échantillonnage et aux critères diagnostiques utilisés compliquent l'interprétation des écarts entre les taux de prévalence. Dans la présente analyse, nous utiliserons pour le calcul des taux de prévalence par âge la formule de Jorm, Korten et Henderson (1987), établie d'après les résultats de 47 études réalisées entre 1947 et 1985. Le tableau 6 applique cette formule à la structure par âge de la population canadienne et présente le nombre total de personnes atteintes de démence pour la période couverte par l'étude.[5]

Il convient de noter que le risque de démence augmente de façon spectaculaire avec l'âge (figure 7). Par suite de l'évolution de la structure par âge (l'augmentation la plus rapide sera observée chez les fractions de la population les plus âgées), le taux de prévalence de la démence passera de 5,6 % à 7,4 % entre 1981 et 2006. Comme on peut le constater, le nombre de personnes atteintes de démence aura plus que doublé en 2006 par rapport à ce qu'il est actuellement.

5 Les estimations combinées provenant des cinq bassins de population utilisés par le *National Institute of Mental Health* ne sont pas incluses dans la formule de Jorm. Des taux de prévalence par âge des cas de déficit cognitif grave provenant des cinq sites ont été publiés récemment dans un rapport (Regier, Boyd et coll., 1988). Le déficit cognitif important a été assimilé à un score de 17 ou moins au mini-examen de l'état mental. Selon ces estimations, le nombre total de Canadiens âgés souffrant de démence pourrait être légèrement inférieur aux chiffres présentés dans le tableau 6 (c'est-à-dire 132 235 en 1986 et 262 125 en 2006).

Tableau 5 : Critères de la démence présentés dans le DSM-III-R

Critères diagnostiques de Démence

A. Mise en évidence d'une altération de la mémoire à court et long terme. L'altération de la mémoire à court terme (impossibilité d'apprendre de nouvelles informations) peut se traduire par l'incapacité de se rappeler trois objets cinq minutes après qu'ils ont été cités. L'altération de la mémoire à long terme (impossibilité de se souvenir des informations acquises antérieurement) peut se traduire par l'incapacité de se rappeler des informations personnelles (par exemple les événements de la veille, le lieu de naissance, le métier exercé), ou de faits connus de tous (p. ex. le nom des anciens [premiers ministres], des grandes dates historiques).

B. Au moins une des manifestations suivantes :

   (1) altération de la pensée abstraite comme en témoignent une incapacité à identifier des similitudes et des différences apparentes entre des mots, une difficulté à définir des mots et des concepts, et à réaliser d'autres tâches similaires.

   (2) altérations du jugement comme le montre l'incapacité d'affronter de façon appropriée les difficultés ou les situations interpersonnelles, familiales et professionnelles.

   (3) autres perturbations des fonctions supérieures telles qu'une aphasie (trouble du langage), une apraxie (incapacité à réaliser une activité motrice malgré une compréhension et des fonctions motrices intactes), une agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes), et des troubles des «fonctions constructives», par exemple une incapacité à recopier une figure à trois dimensions, à assembler des cubes ou à placer des bâtons selon une configuration déterminée.

   (4) altération de la personnalité, c'est-à-dire modification ou accentuation de traits prémorbides.

C. Les perturbations en A et B interfèrent de façon significative avec les activités professionnelles ou sociales, ou avec les relations avec les autres.

D. Ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un Délirium.

E. Soit (1) soit (2) :

   (1) mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'un (ou de plusieurs) facteur(s) organique(s) spécifique(s) jugé(s) étiologiquement lié(s) à la perturbation.

   (2) en l'absence d'une telle mise en évidence, on peut présumer l'existence d'un facteur organique à l'origine de ce syndrome si aucun trouble mental non organique ne peut expliquer les symptômes, comme p. ex. une Dépression majeure expliquant les altérations des fonctions cognitives.

Critères de sévérité de la Démence

Légère : Bien que les activités professionnelles et sociales soient altérées de façon significative, le sujet garde la capacité de vivre de façon indépendante, son hygiène personnelle étant satisfaisante et ses capacités de jugement relativement intactes.

Moyenne : Vivre de façon indépendante est aléatoire et une certaine surveillance s'impose.

Grave : Les activités quotidiennes sont si altérées que le sujet doit être surveillé en permanence; il est p. ex. incapable d'observer une hygiène personnelle minimale; très incohérent ou mutique.

Source : American Psychiatric Association (1989).

Tableau 6 : Nombre estimatif de cas de démence au Canada par tranche d'âge de 5 ans (1981-2006)

Groupe d'âge	Taux de prévalence (%)*	1981	1986	1991	1996	2001	2006
65-69	1,4	11 821	12 765	14 836	15 597	15 983	17 205
70-74	2,8	17 736	20 673	22 915	26 855	28 426	29 282
75-79	5,6	24 229	28 580	34 597	38 942	45 959	48 944
80-84	10,5	26 963	32 484	40 184	49 592	56 742	67 400
85-89	20,8	27 236	31 643	40 706	51 273	65 166	75 858
90+	38,6	24 258	29 194	36 747	49 138	65 427	85 499
Nombre total de cas		132 243	155 339	189 985	231 397	277 703	324 188
Population totale 65+ (en milliers)		2 361,0	2 697,6	3 169,6	3 617,0	4 000,8	4 376,8
Taux de prévalence totale (%)		5,6	5,8	6,0	6,4	6,9	7,4

**Source des taux de prévalence selon l'âge : Jorm et coll. (1987)*
Sources : Données démographiques de 1981 et 1986 : Statistique Canada (1987a), N° de catalogue 93-101, tableau 3; projections de 1991 à 2006 : Statistique Canada (1989c), N° de catalogue 91-520, Projection n° 3.

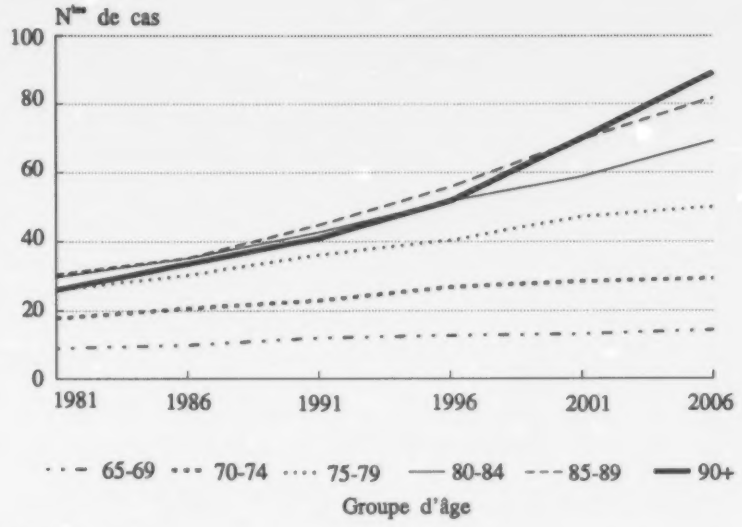
Il est possible de calculer de façon approximative l'augmentation du nombre de cas de démence qui surviendra dans chaque province en utilisant les taux de prévalence totale présentés dans le tableau 6. Le tableau 7 présente pour chaque province et pour chaque territoire le nombre estimé de cas en 1986 et en 2006 ainsi que la variation nette qui devrait être enregistrée durant cette période.

CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES

Un grand nombre de personnes atteintes de démence peuvent continuer de vivre à la maison si des membres de leurs familles sont en mesure de leur fournir les soins requis et si elles bénéficient des services de soutien nécessaires.

Toutefois, avec l'apparition progressive des caractéristiques psychiatriques associées à l'évolution de la démence, il devient nécessaire de fournir un soutien additionnel au patient. Au nombre des troubles de comportement qui peuvent se manifester, mentionnons l'hostilité, l'agressivité, l'insomnie, l'errance, l'agitation, l'incontinence, etc. Il est souvent nécessaire d'intervenir lorsque ces troubles de comportement se manifestent et, en cas de perturbation sévère du comportement, une surveillance en établissement de 24 heures sur 24 peut s'imposer. Il est donc extrêmement souhaitable de connaître le nombre de cas susceptibles de présenter un comportement dysfonctionnel. L'errance, l'agitation, l'incontinence et une mauvaise hygiène personnelle sont considérées comme des

Figure 7 : Augmentation du nombre de cas de démence selon le groupe d'âge Canada, 1981–2006



Sources : Voir le tableau 6

caractéristiques normalement associées à la maladie (Teri, Larson et Reifler, 1988), et leur probabilité d'apparition augmente en fonction de la sévérité de l'altération des fonctions cognitives. Dans l'étude de Teri et coll., moins de la moitié des patients souffrant de démence moyenne présentaient des troubles comportementaux fréquents, comparativement à 88 % des sujets atteints de démence sévère.

D'autres caractéristiques psychiatriques fréquemment associées à la démence compromettent également la qualité de la vie tant des patients que des personnes qui en prennent soin. Entre 30 à 40 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer présentent des symptômes thymiques (p. ex., dépression) et psychotiques (p. ex., délire et hallucinations) (Wragg et Jeste, 1989) et ont donc plus besoin d'un traitement clinique. En réalité, les comportements dysfonctionnels (p. ex., errance, comportement bruyant et agression) sont plus susceptibles de se manifester chez les personnes qui souffrent de délire ou d'hallucinations (Rovner, Kafonek et coll., 1986). On ne sait pas vraiment si ces symptômes sont des caractéristiques de la maladie d'Alzheimer elle-même, associables à des sous-types de la maladie, ou s'ils apparaissent de façon indépendante à cause de la présence d'autres états morbides[6]. Toutefois, le fait que ces complications se manifestent chez plus du tiers des patients atteints de démence est une considération importante pour ce qui est de la planification des soins. Il convient de noter que, dans les établissements de soins prolongés, les

6 Ainsi, l'agitation, souvent considérée comme un symptôme de la maladie d'Alzheimer, peut être due à la constipation ou à la rétention urinaire et disparaître assez rapidement avec un traitement approprié.

Tableau 7 : Nombre estimatif de cas de démence par province et par territoire 1986 et 2006

	1986	2006	Augmentation nette
Taux de prévalence	5.8%	7.4%	
Nombre de cas par région			
Terre-Neuve	2 900	5 476	2 576
Île-du-Prince-Édouard	934	1 524	590
Nouvelle-Écosse	6 020	10 256	4 236
Nouveau-Brunswick	4 565	7 940	3 375
Québec	37 735	79 713	41 978
Ontario	57 577	123 965	66 388
Manitoba	7 766	12 809	5 043
Saskatchewan	7 459	11 640	4 181
Alberta	11 095	27 824	16 729
Colombie-Britannique	20 271	42 217	21 946
Yukon	52	222	170
Territoires du Nord-Ouest	87	296	209

Source : Données démographiques : Statistique Canada (1987a), N° de catalogue 93-101, tableau 3 et Statistique Canada (1989c), N° de catalogue 91-520, projection N° 3.

troubles du comportement ne sont pas uniquement le fait de personnes atteintes de démence. Une étude sur la classification des patients effectuée par le ministère de la Santé de l'Alberta à l'échelle de la province (Alberta Health, 1989) a révélé : 1) que de nombreux troubles du comportement sont aussi répandus parmi les pensionnaires chez qui on a diagnostiqué un trouble psychiatrique quelconque que parmi ceux dont le dossier fait état d'un diagnostic de démence; 2) qu'une proportion significative de pensionnaires dont le dossier ne fait état d'aucun diagnostic de trouble mental présentent des troubles du comportement.

CAS DE DÉMENCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Il est difficile de déterminer avec exactitude le nombre de personnes atteintes de démence qui vivent en établissement au Canada. Dans une étude canadienne menée auprès de personnes âgées vivant en établissement, les deux tiers des pensionnaires ont obtenu de faibles résultats au mini-examen de l'état mental (MMSE)(MMSE ≤ 23) (Bland et coll., 1988). Si l'on considère que la déficience mentale sévère (c'est-à-dire un résultat de MMSE ≤ 17) équivaut à la démence, alors, selon cette même étude, 40 % des pensionnaires d'établissements souffrent de démence[7]. Ce chiffre est très semblable au taux de prévalence

7 Bland, Newman et Orn (1988) notent cependant que les taux de prévalence de déficience cognitive dont ils font état sont probablement inférieurs aux taux réels, étant donné que dans le cas d'un établissement sur cinq, l'état de santé mentale des pensionnaires n'a pu être évalué de façon formelle.

Tableau 8 : Cas de démence en établissement au Canada, deux scénarios - 1981 à 2006

Collectivité : Établissement

Ratio	1:1	2:1
1981	66 122	44 081
1986	77 670	57 780
1991	94 993	63 328
1996	115 699	77 132
2001	138 852	92 568
2006	162 904	108 063

du syndrome mental organique observé chez des pensionnaires d'établissements dans la *National Nursing Home Survey* (Burns, Larson et coll., 1988), à savoir 39 %. Dans l'étude sur la classification des patients effectuée par le ministère de la Santé de l'Alberta à l'échelle de la province (Alberta Health, 1989), on a établi, d'après les diagnostics figurant dans les dossiers des pensionnaires, que 30 % d'entre eux étaient atteints de démence.

Si l'on pose que le taux varierait entre 30 et 40 %, cela signifierait qu'entre 60 900 et 81 200 des 203 000 personnes âgées vivant en foyer de soins prolongés au Canada seraient atteintes de démence moyenne ou sévère. Ainsi, environ la moitié des Canadiens atteints de démence vivent en établissement; en d'autres mots, il y aurait à peu près autant de personnes âgées atteintes de démence dans les établissements que dans les collectivités. Si Bland et coll. (1988) concluaient que plus de la moitié des personnes souffrant de déficience cognitive vivaient en établissement, d'autres (p. ex., Jeans et coll., 1987) croyaient qu'il y en avait deux fois plus dans la collectivité que dans les établissements. Si l'on admet pour le moment que nos projections du nombre total de cas de démence sont valides, deux scénarios peuvent être envisagés en ce qui a trait au nombre de cas vivant en établissement (tableau 8). En l'absence d'études épidémiologiques de grande envergure telles que l'étude canadienne en cours sur la santé et le vieillissement, il est impossible d'évaluer avec plus de précision le nombre de personnes atteintes de démence vivant en foyer de soins prolongés.

B. Dépression

Bien que l'on considère généralement que les pertes psychosociales et physiques subies au cours de la vieillesse prédisposent un grand nombre de personnes âgées à la dépression, des études appliquant des critères diagnostiques rigoureux ont fait état de faibles taux de maladies dépressives chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Une plus grande proportion de personnes âgées connaissent des symptômes dysphoriques et dépressifs moins marqués que ceux qui sont habituellement associés à des troubles dépressifs majeurs. Certains auteurs (p. ex., McNeil et Harsany, 1989) sont d'avis que la symptomatologie de la dépression est différente

chez les personnes âgées, ce qui peut rendre la maladie difficile à déceler. Berkman et coll. (1986) signalent le fait que la maladie chronique et la perte d'autonomie qui s'ensuit chez les personnes âgées peuvent susciter des symptômes de dépression, mais que la dépression peut également saper le motivation nécessaire pour participer effectivement à un régime de traitement pharmacologique ou de réadaptation.

PRÉVALENCE

Une étude de grande envergure réalisée aux États-Unis a révélé que 8 % des personnes âgées vivant dans la collectivité présentaient des symptômes ou des syndromes dépressifs suffisamment importants pour justifier une intervention clinique (Blazer, Hughes et George, 1987). Outre ce groupe, 19 % présentaient des symptômes dysphoriques; les besoins cliniques des personnes faisant partie de cette catégorie sont mal compris. Il convient toutefois de noter qu'une faible fraction des personnes faisant partie de ce dernier groupe ont déclaré avoir fait usage d'antidépresseurs ou de benzodiazépines au cours de l'année précédant l'étude.

Il a été montré que les risques de dépression augmentent avec l'âge. Dans une étude, 15,5 % des personnes âgées de plus de 80 ans satisfaisaient aux critères diagnostiques du DSM-III pour un trouble dépressif majeur (Kay, Henderson et coll., 1985).

Blazer (1989) a proposé d'utiliser les taux par âge présentés dans le tableau 9 (fondés sur des scores de CES-D ≤ 16) comme guide pour estimer la prévalence selon l'âge de la dépression chez les personnes âgées.
Les taux présentés dans le tableau 9 doivent être pris comme des estimations qui englobent toutes les formes de dépressions, tant mineures que majeures. De toute évidence, il n'y a pas lieu de croire que presque 10 % des personnes âgées de plus de 65 ans satisferaient aux critères de la

Tableau 9 : Nombre estimatif de cas de dépression au Canada par trache d'âge de 10 ans (1981–2006)

Groupe d'âge	Taux de prévalence (%)*	1981	1986	1991	1996	2001	2006
65–74	8,8%	130 038	145 209	165 273	182 442	189 809	200 174
75–84	10,5%	72 387	86 069	105 053	122 609	142 916	159 170
85+	12,6%	24 419	28 703	36 653	47 401	60 833	73 861
Nombre total de cas		226 844	259 981	306 979	352 452	393 556	433 205
Population totale 65+ (milliers)		2 361,0	2 697,6	3 169,6	3 617,0	4 000,8	4 376,8
Taux de prévalence totale		9,6	9,6	9,7	9,7	9,8	9,9

**Source des taux de prévalence selon l'âge : Blazer (1989)*
Sources des données démographiques : voir le tableau 6.

dépression présentés dans le DSM-III. Étant donné que même les troubles de l'humeur légers peuvent être incapacitants lorsqu'ils se manifestent conjointement à diverses affections physiques, il convient d'adopter des estimations moins rigoureuses afin de refléter l'ampleur du problème.Comme dans le cas de la démence, il est possible de calculer le nombre estimatif de cas de dépression dans chaque province et chaque territoire et prévoir les augmentations du nombre de cas de dépression chez les personnes âgées en utilisant le taux de prévalence totale, qui varie dans le temps par suite de l'évolution de la structure par âge de la population (voir tableau 10).

PRÉVALENCE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN ÉTABLISSEMENT

La dépression est plus répandue chez les personnes âgées vivant en établissement. A Edmonton, Bland et coll. (1988) ont noté qu'environ 10 % des personnes vivant en établissement satisfaisaient aux critères du DSM-III en ce qui a trait à la dépression majeure ou au trouble dysthymique. L'examen des diagnostics figurant dans les dossiers des patients, réalisé dans le cadre de la *U.S. National Nursing Home Survey*, a révélé que près du quart des pensionnaires souffraient de dépression. Une étude ultérieure portant sur les personnes âgées vivant en établissement aux États-Unis (Parmelee, Katz et Lawton, 1988) a montré que

Tableau 10 : Nombre estimatif de cas de démence par province et par territoire, 1986 et 2006

	1986	2006	Augmentation nette
Taux de prévalence	9.6%	9.9%	
Nombre de cas par région			
Terre-Neuve	4 800	7 326	2 526
Île-du-Prince-Édouard	1 546	2 039	493
Nouvelle-Écosse	9 965	13 721	3 756
Nouveau-Brunswick	7 555	10 623	3 068
Québec	62 458	106 643	44 185
Ontario	95 299	165 845	70 546
Manitoba	12 854	17 137	4 283
Saskatchewan	12 346	15 573	3 227
Alberta	18 365	37 224	18 859
Colombie-Britannique	33 552	56 480	22 928
Yukon	86	297	211
Territoires Du Nord-Ouest	144	396	252

Source : voir le tableau 7.

près de 40 % des pensionnaires souffraient de dépression majeure ou mineure. La dépression majeure était plus fréquente chez les personnes admises depuis peu dans l'établissement. Selon Alberta Health (1989), 33 % des pensionnaires n'ayant pas de diagnostic de trouble mental présentaient des symptômes dépressifs, comparativement à 40 % chez les patients ayant un tel diagnostic.

La forte variabilité des chiffres susmentionnés tient à la diversité des approches utilisées pour mesurer la prévalence de la dépression chez les personnes âgées vivant en établissement. Selon les estimations les plus prudentes, 10 % des pensionnaires âgés pourraient souffrir de dépression, tandis que d'après les estimations les plus pessimistes, deux pensionnaires sur trois pourraient présenter des symptômes de dépression. Ces proportions, converties en valeurs absolues, se traduisent par un nombre de cas variant entre 20 300 et 148 200 - donnée qui est d'une utilité douteuse pour les responsables de la planification. De toute évidence, le nombre réel de cas se situe quelque part entre ces deux valeurs. Dans le but de trouver les pensionnaires présentant des symptômes dépressifs suffisamment sévères pour qu'un traitement soit justifié, nous avons examiné dans une province le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans vivant en établissement de soins prolongés à qui l'on avait prescrit des antidépresseurs. Une étude de 2000 résidents d'établissements de soins prolongés en Colombie-Britannique a trouvé que 13 % recevaient des médicaments de ce genre (Danforth et McKinnon, 1990). Même si ces médicaments ont été prescrits dans certains cas pour d'autres problèmes que la dépression (p. ex., insomnie, douleurs chroniques), ces chiffres nous fournissent une indication approximative du nombre de cas de dépression traités par médication dans les foyers de soins prolongés[8].

SUICIDE

Le suicide est un indice de dépression extrême. Si l'idée selon laquelle le suicide est une forme "d'euthanasie volontaire" chez les personnes âgées soulève une certaine controverse, on reconnaît en général qu'il est le résultat d'un état dépressif et d'un sentiment de solitude profonds (Santé et Bien-être social Canada, 1987). En 1986, 473 personnes âgées de plus de 65 ans se sont suicidées au Canada. Ce nombre représente environ 13 % du nombre total de suicides enregistrés au Canada pour l'ensemble des groupes d'âge. Le tableau 11 présente le nombre de suicides selon l'âge et le sexe chez les personnes âgées. Les taux de suicide sont beaucoup plus élevés chez les hommes. Donnelly (1988) a affirmé que de nombreuses tentatives de suicide chez les personnes âgées, qui se traduisent par un refus de s'alimenter ou de boire, ne sont pas officiellement reconnues comme telles.

C. Autres troubles

Les estimations susmentionnées du nombre de personnes atteintes de démence ou de dépression concernent à l'heure actuelle environ 16 % des personnes âgées[9]. D'autres troubles mentaux sont également observés chez une proportion moindre de personnes âgées. Ainsi, on estime qu'entre 8 et 9 % d'entre elles souffrent d'anxiété, de difficultés d'adaptation, de psychose, de délirium ou d'un autre symptôme psychiatrique moins

8 Il faut interpréter de telles données avec prudence, en raison des erreurs qui peuvent être commises dans l'établissement des diagnostics et dans la prescription des médicaments aux pensionnaires des établissements de soins prolongés (Lipton et Lee, 1988).

9 Il convient de noter que les deux états peuvent coexister.

Tableau 11 : Nombre de suicides chez les personnes âgées, selon l'âge et le sexe : Canada, 1986

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
65–69	102	46	148
70–74	108	38	146
75–79	82	23	105
80–84	39	12	51
85+	22	1	23
TOTAL	353	120	473

Source : Statistique Canada (1988). N° de catalogue 84–203, p. 174.

répandu mais incapacitant, ou font un usage abusif de substances psycho-actives.

DÉLIRIUM

Le délirium est souvent difficile à distinguer de la démence chronique parce que certains aspects du tableau clinique se chevauchent. Une obnubilation de la conscience accompagnée d'une perte subite de la mémoire et d'une désorientation sont des caractéristiques essentielles du délirium (Wasylenki, 1987a). Le délirium est souvent dû à un trouble somatique aigu, réversible et concomitant (intoxication médicamenteuse, troubles métaboliques, infection, etc.). La plupart des études sur le délirium ont porté sur des patients hospitalisés, car il est alors plus facile d'établir un diagnostic clair. Sirois (1988) a constaté que près de 13 % des patients hospitalisés dirigés vers les services de médecine ou de chirurgie étaient atteints de délirium et, dans la majorité des cas, il s'agissait de personnes âgées. Selon Wasylenki (1987a), la prévalence du délirium est beaucoup plus élevée parmi les personnes âgées hospitalisées, et un quart des patients âgés souffrant de délirium meurent au cours du mois qui suit leur hospitalisation.

ABUS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

L'abus de substances psycho-actives chez les personnes âgées de plus de 65 ans semble, dans une large mesure, se limiter à une consommation excessive d'alcool. Si l'on reconnaît habituellement que les personnes âgées peuvent faire un usage abusif de médicaments, en particulier d'anxiolytiques et d'hypnotiques, des études épidémiologiques récentes de grande envergure n'ont pas permis d'identifier de tels cas dans les enquêtes réalisées dans les collectivités (p. ex.., Bland et coll., 1988). Les troubles associés à l'abus d'alcool, tels que définis dans le plan d'entrevue diagnostique à Edmonton, touchaient 1,7 % des personnes âgées de plus de 65 ans. Toutefois, Perry (1987) estimaient que 5,7 % des personnes âgées de plus de 65 ans étaient alcooliques, et l'Enquête santé Canada réalisée en 1978-1979 a mis en évidence des habitudes de

consommation élevée (14 consommations ou plus par semaine) chez 11 % des personnes âgées. En outre, les taux de consommation observés chez les hommes âgés étaient systématiquement plus élevés que chez les femmes faisant partie du même groupe d'âge.

ANXIÉTÉ

On a commencé à s'interroger quant à la prévalence des troubles anxieux chez les personnes âgées quand on a constaté qu'elles recevaient de nombreuses prescriptions de tranquillisants mineurs (Bliwise, McCall et Swan, 1987). Les troubles anxieux sont très répandus chez les personnes atteintes d'affections chroniques qui, pour une bonne part, sont des personnes âgées (Wells, Golding et Burnam, 1988). Bland et coll. (1988) ont estimé à 3,5 % le taux de prévalence des troubles anxieux et somatoformes chez les personnes âgées vivant dans la collectivité.

PARAPHRÉNIE

On a appliqué le terme "paraphrénie" aux psychoses paranoïdes qui peuvent survenir au cours de la vieillesse. Le trouble présente des signes cliniques hétérogènes et il semble qu'il faille distinguer un groupe fonctionnel et un groupe organique (Holden, 1987). La symptomatologie paranoïde peut donc coexister avec la démence, le délirium, l'alcoolisme et d'autres affections psychiques.

Holden (1987), après examen d'un registre des personnes de plus de 60 ans qui avaient été dirigées vers les hôpitaux, a établi que le taux d'incidence[10] de la paraphrénie s'élevait à 26 nouveaux cas par année par tranche de 100 000 habitants. Post (1980) a observé un taux d'incidence annuelle plus élevé (6,5 cas par 1 000 habitants) chez des personnes qu'il qualifiait de reclus séniles au comportement paranoïde. Les études épidémiologiques sur la paraphrénie tardive sont rares. Bien qu'une étude américaine ait mis en évidence des symptômes de délire de persécution chez 4 % des personnes âgées vivant dans la collectivité (Christenson et Blazer, 1984), de façon générale, la schizophrénie et le trouble paranoïde sont considérés comme peu fréquents chez les personnes âgées.

10 Le terme "incidence" désigne le nombre de nouveaux cas qui surviennent durant une période donnée.

IV. FACTEURS DE RISQUE DE TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Nous avons jugé bon d'inclure une section sur les facteurs de risque afin de faciliter la détermination des facteurs physiques, sociaux et psychologiques qui prédisposent les personnes âgées aux troubles mentaux. Il n'est pas aussi facile d'appliquer les données concernant les facteurs de risque aux projections démographiques et de les interpréter dans un futur plan d'ensemble. L'objet de la présente section est plutôt de distinguer les sous-groupes de personnes âgées de plus de 65 ans chez qui un dépistage précoce et une forme d'intervention appropriée (médicale et psychosociale, individuelle et communautaire) pourrait prévenir l'apparition de syndromes psychiques.

A. Deuil récent

De toutes les pertes qui surviennent au cours de la vieillesse, la perte du conjoint est sans contredit la plus pénible. Si le DSM-III présente une catégorie de diagnostic intitulée "Deuil non compliqué", chez de nombreuses personnes âgées, le décès d'un être cher provoque une réaction douloureuse anormale et prolongée, souvent compliquée d'une dépression. Les personnes âgées qui vivent une situation de deuil sont plus exposées à la dépression en raison de leur santé plus fragile, du faible nombre de contacts sociaux et d'autres pertes (Harrison, 1987).

Une étude longitudinale réalisée en Suède a montré que les taux de mortalité chez les personnes âgées étaient plus élevés chez celles qui vivaient une situation de deuil. Par rapport aux personnes mariées et âgées de 70 à 74 ans, les auteurs de cette étude (Mellstrom, Nilsson, Oden, Rundgren et Svanborg, 1982) ont observé une hausse des taux de mortalité de 22 % chez les veufs et de 48 % chez les veuves durant les trois mois qui suivaient le décès du conjoint.

Même si le veuvage implique souvent pour les femmes une insécurité financière, les hommes ont généralement plus de difficulté à s'adapter à la perte de leur conjoint, étant donné qu'ils dépendent de leur épouse pour les tâches domestiques et les activités sociales.

- En 1986, environ 70 % de tous les décès de personnes mariées sont survenus chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Au total, 58 229 personnes âgées, soit 42 100 femmes et 16 129 hommes, ont perdu leur conjoint en 1986.

B. Isolement

C'est un fait bien établi que l'activité sociale décroît avec l'âge. La mort d'amis et de membres de la famille, la diminution de la mobilité liée à la maladie ou à une incapacité quelconque et les difficultés de transport sont autant de facteurs qui

expliquent ce phénomène. La baisse des taux de fécondité se traduit par une réduction de la taille des familles, si bien que les prochaines cohortes de personnes âgées pourraient ne pas jouir du même niveau de soutien familial que celles d'aujourd'hui.

L'absence de contacts sociaux réguliers augmente les risques de troubles mentaux, en raison de la solitude et du manque de soutien affectif en périodes de stress. En outre, chez les personnes isolées, les troubles psychiques ne sont souvent décelés que lorsqu'ils sont très graves. Les personnes vivant seules sont plus susceptibles de souffrir de l'isolement.

- En 1986, 680 000 personnes âgées, soit 27 % de la population âgée, habitaient seules dans des ménages privés. Les trois quarts de ces personnes étaient des femmes.

- Un tiers des femmes âgées de plus de 80 ans avaient conservé un lien étroit avec moins de deux amis intimes ou membres de la famille (Statistique Canada, 1988b).

- D'après l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 400 000 personnes âgées au Canada font face à des obstacles qui les empêchent de participer à des activités de loisir et qui limitent, de ce fait, leurs contacts sociaux (Statistique Canada, 1990b).

- Près de 30 % (800 000) des personnes âgées ont déclaré être seules la majeure partie du temps (Stone et Fletcher, 1986).

C. Incapacités physiques ou santé fragile

Une forte corrélation a été observée entre l'état de santé mentale et les troubles physiques. Les personnes atteintes d'une maladie physique chronique, d'une incapacité physique par exemple, risquent plus de souffrir de dépression et d'anxiété et de faire un usage abusif de substances psycho-actives au cours de leur vie (Wells et coll., 1988). Les affections physiques constituent un facteur de risque de suicide chez les personnes âgées souffrant de dépression. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux troubles mentaux, car elles sont plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie ou d'une incapacité.

En outre, les personnes âgées atteintes d'une affection physique chronique sont susceptibles de faire usage d'un certain nombre de médicaments qui peuvent avoir des effets indésirables sur le psychisme.

- Selon le rapport intitulé "Action Santé : les aîné(e)s" (Santé et Bien-être social Canada, 1988a), 26 % des personnes âgées de plus de 65 ans ont évalué leur santé comme moyenne ou mauvaise.

- Soixante quinze pour cent des personnes âgées souffrent d'une affection physique chronique (Santé et Bien-être social Canada, 1982). Au Canada, 1 221 995 personnes âgées (45 % de la population âgée) ont déclaré être atteintes d'au moins une incapacité (Statistique Canada, 1990b).

- Quatre-vingt cinq mille personnes âgées souffrant d'incapacités ne participent jamais à des activités de loisir à l'extérieur du foyer (Statistique Canada, 1990b).

D. Situation socio-économique précaire

Le revenu et le niveau d'instruction sont tous deux inversement corrélés à la prévalence de la dépression chez les personnes âgées (Bliwise et coll., 1986). L'insécurité financière, problème qui touche de façon plus aiguë les femmes âgées, limite souvent l'accès aux activités à caractère récréatif ou autre qui favorisent le maintien de l'autonomie et du bien-être. Il semble également que les personnes appartenant aux couches socio-économiques inférieures soient moins portées à confier leurs problèmes de santé mentale aux personnes qui leur fournissent des soins de santé.

Les taux de démence les plus élevés sont observés chez les personnes appartenant aux couches peu instruites. Dans les études sur les bassins de population (Epidemiologic Catchment Area) (ECA) effectuées aux États-Unis (Kramer et coll., 1985), les plus forts taux (12,1 %) de déficience cognitive sévère chez les personnes âgées ont été observés chez celles qui comptaient moins de six années de scolarité. Le taux diminuait avec la hausse du niveau d'instruction et s'établissait à 1,6 % chez les personnes qui avaient un diplôme d'études secondaires ou post-secondaires. Étant donné que ces taux n'ont pas été établis à partir d'un diagnostic clinique mais qu'ils ont plutôt été déduits à partir des résultats obtenus au mini examen de l'état mental, il se peut que ces résultats soient, dans une certaine mesure, un artefact du processus d'évaluation. Pour autant que le niveau d'instruction permette un meilleur développement et une plus grande diversification des compétences, les personnes plus instruites peuvent être plus en mesure de faire face aux déficiences causées par la démence.

- Un tiers des personnes âgées ont cumulé au plus neuf années de scolarité.

- L'espérance de vie sans incapacité des personnes riches est de 7,7 ans supérieure à celle des personnes pauvres.

- Parmi les personnes âgées qui vivent seules, 34,5 % ont un revenu inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada (1989a).

E. Événements stressants de la vie

Il est établi que les événements stressants de la vie peuvent hâter la survenue de troubles mentaux, tout particulièrement de la dépression, et ce chez tous les groupes d'âge (Hirchfeld et Cross, 1982). Les personnes âgées sont plus susceptibles de subir des pertes sur le plan social et financier et de voir leur santé décliner. Pour un grand nombre de personnes âgées, un déménagement peut se révéler une expérience fort traumatisante. Les événements les plus stressants pour les personnes de ce groupe d'âge sont ceux qui influent sur le degré d'autonomie (p. ex., perte du permis de conduire, changement du niveau de revenu, etc.). Toutefois, les événements stressants de la vie sont plus fréquemment associés aux troubles de l'adaptation (dépressions réactionnelles) qu'aux autres formes de troubles de l'humeur, et le pronostic des troubles de l'adaptation est habituellement relativement favorable (Magni, Palazzolo et Bianchin, 1986).

- Trente pour cent des personnes âgées de plus de 65 ans estiment mener une vie très ou passablement stressante (Santé et Bien-être social Canada, 1988a).

F. Usage prolongé d'hypnotiques

L'usage prolongé d'hypnotiques contribue à accroître le risque de réactions médicamenteuses, lesquelles peuvent être confondues avec des symptômes de maladies mentales. La confusion, l'anxiété, l'insomnie, l'altération des fonctions psycho-motrices et la dépendance menacent les personnes qui font régulièrement usage d'hypnotiques pendant des périodes prolongées (Morgan, Dallosso et coll., 1988). Les troubles du sommeil sont des problèmes extrêmement fréquents chez les personnes âgées, et les hypnotiques sont des médicaments souvent prescrits. Cette situation peut conduire les personnes âgées à faire un usage prolongé d'hypnotiques, ce qui les expose à des réactions indésirables intéressant le système nerveux central.

- Seize pour cent des personnes âgées de plus de 65 ans font usage d'hypnotiques régulièrement. Environ les trois quarts de ces personnes en consomment depuis plus d'un an, et un quart d'entre elles, depuis plus de 10 ans (Morgan et coll., 1988).

G. Déficiences sensorielles

Les déficiences sensorielles périphériques (p. ex., perte de l'ouïe et de la vision) sont associées à la survenue de délires et de troubles de la perception qui sont parfois de nature hallucinatoire (Soni, 1988). Les idées de type paranoïde sont plus fréquemment observées chez les personnes âgées vivant dans la collectivité qui sont atteintes d'une déficience visuelle ou auditive que chez celles dont les fonctions sont intactes. Bien que seules les personnes souffrant de déficience grave soient sujettes aux symptômes paraphréniques, les déficiences sensorielles devraient être considérées comme des facteurs prédisposant aux troubles mentaux chez les personnes âgées.

- Au Canada, 241 515 personnes âgées (9 % de la population âgée) ont déclaré souffrir d'une déficience visuelle et 443 630 (16 % de la population âgée), d'une déficience auditive; il convient de noter que ces nombres ne sont pas mutuellement exclusifs (Statistique Canada, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, tableau non publié).

H. Vulnérabilité génétique

On reconnaît que la présence d'antécédents familiaux de démence accroît le risque de la maladie d'Alzheimer. Les facteurs génétiques peuvent également jouer un rôle dans la survenue de la dépression et de certaines psychoses.

- Sadovnick, Irwin, Baird et Beattie (1989) ont soulevé la possibilité d'une transmission autosomique dominante de la maladie d'Alzheimer chez 5,3 % des patients faisant partie d'un échantillon non sélectionné de personnes atteintes de la maladie.

V. PRONOSTIC

La nature incurable d'un grand nombre des troubles psychiques qui surviennent au cours de la vieillesse est un point important à considérer lorsqu'il s'agit de planifier les services de santé mentale à l'intention des personnes âgées. En outre, la hausse de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans implique que toutes les personnes âgées, y compris celles qui sont atteintes de troubles mentaux, vivront plus longtemps et utiliseront les services structurés de soins et de soutien durant une plus longue période.

A. Démence

Étant donné que la maladie d'Alzheimer et certains troubles semblables évoluent vers une altération progressive de la mémoire, des fonctions intellectuelles et des capacités fonctionnelles, il faut s'attendre à ce qu'une personne qui commence à recevoir des services continue à en avoir besoin par la suite et que ses besoins en services augmentent avec le temps. On observera progressivement chez la personne atteinte de démence non seulement une déficience cognitive, mais aussi une altération du jugement qui la rendra inapte à vivre de façon indépendante ainsi qu'une altération tant de sa capacité de communiquer que d'autres aptitudes et comportements. Avec le temps, cette personne devient dépendante de son entourage pour les activités essentielles de la vie de tous les jours. À l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement permettant d'enrayer l'évolution dégénérative de la maladie d'Alzheimer. De même, on n'observe pas de rémission complète dans le cas d'autres syndromes mentaux organiques (démence associée à un alcoolisme, démence par infarctus multiples, maladie de Parkinson, etc.) bien que, dans le cas de certains de ces syndromes, l'altération des facultés mentales puisse se stabiliser.

Une étude récente prévoyant un suivi de patients atteints de démence dégénérative primaire a révélé qu'après deux ans, 35 % des cas légers avaient été placés en établissement, comparativement à 62 % des cas graves (Knopman, Kitto et coll., 1988).

Il est important pour les responsables de la planification de reconnaître qu'en dépit de la nature incurable de la démence, on peut atténuer, par médication ou autrement, un grand nombre des symptômes associés au syndrome (p. ex., troubles du sommeil, perturbations de l'humeur, agitation). On parvient ainsi à améliorer la qualité de vie tant du patient lui-même que de la personne qui s'en occupe et de réduire le fardeau des soins, qu'il s'agisse de services de soins communautaires ou de soins en établissement. Une prise en charge novatrice associant thérapie du comportement, thérapie par le milieu et médication se révèle de plus en plus efficace dans le traitement des personnes atteintes de démence. La valeur d'une intervention de santé mentale réside dans l'atténuation des incapacités associées au syndrome.

B. Dépression

Des études visant à évaluer le degré d'atténuation des symptômes dépressifs après traitement chez

les personnes âgées ont fait état de pronostics divers. Post (1972) n'a observé une rémission après traitement que chez le tiers des personnes âgées souffrant de dépression. Une étude prospective de suivi de patients âgés déprimés admis pour traitement dans un centre de santé mentale a révélé que 69 % d'entre eux étaient toujours considérés comme malades après un suivi de 15 mois (Magni et coll., 1986). Murphy (1983) a observé un taux de rémission semblable (un patient sur trois) chez des personnes âgées qui connaissaient un premier épisode dépressif. Les pronostics sont habituellement mauvais dans le cas de patients qui souffrent de dépression sévère ou de troubles physiques ou, dans une moindre mesure, qui ont vécu de dures épreuves au cours de l'année qui a suivi la survenue de la maladie. Le pronostic est habituellement beaucoup plus favorable dans le cas des dépressions qui surviennent en réaction à une expérience traumatisante, dépressions qu'on qualifie de "troubles de l'adaptation avec humeur dépressive" (Magni et coll., 1986).

Une étude comportant une période de suivi plus étendue (Baldwin et Jolley, 1986) a fourni des résultats plus favorables : 60 % des patients âgés présentant les symptômes d'une dépression sévère au moment de leur admission ont montré par la suite des signes d'amélioration de leur état de santé. Les auteurs de cette étude affirment qu'un traitement faisant appel à des méthodes reconnues entraînera une amélioration chez la majorité des patients âgés.

C. Autres troubles

Peu d'études ont examiné de façon systématique les pronostics se rattachant aux troubles psychiques moins fréquents. Le fait que les troubles anxieux chez les personnes âgées sont associés à des affections physiques (Bliwise et coll., 1987) porte à croire que l'anxiété pourrait être une caractéristique fréquemment associée à la sénescence. Le traitement le plus fréquent de ces troubles consiste en l'administration de tranquillisants mineurs, mais on peut remettre en question l'efficacité et le pertinence d'un traitement fondé sur l'usage prolongé de tels médicaments. Le pronostic dans les cas d'abus d'alcool et de troubles connexes semble favorable lorsque ces syndromes sont détectés et traités (Carstensen, Rychtarik et coll., 1985). Le pronostic est plus sombre en cas de paraphrénie. Les troubles paranoïdes sont considérés comme chroniques, et les chances de rémission ou d'amélioration sont faibles. Il est toutefois possible d'atténuer les symptômes paranoïdes associés à la démence avec un traitement approprié.

Nous ne cherchons pas ici à engendrer un scepticisme quant à la valeur du traitement, mais plutôt à faire en sorte que les responsables de la planification des soins de santé reconnaissent que les programmes de santé mentale pour les personnes âgées doivent prévoir la prestation de services permanents ou de services de suivi réguliers des clients, ou les deux. En substance, dans le cas des personnes âgées, les programmes de santé mentale doivent porter sur des périodes plus longues que dans le cas des jeunes adultes, chez qui les troubles mentaux organiques chroniques sont beaucoup moins fréquents.

VI. PRÉVISION DU FARDEAU DE LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE AUX PERSONNES ÂGÉES

A. Qui représente un cas?

Ce rapport ne vise pas uniquement à estimer le nombre de cas de troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada, mais également à faciliter la détermination des besoins futurs de services de santé mentale de cette clientèle. Il est essentiel de faire cette distinction, car dans bien des cas, les deux estimations différeront. La distinction des personnes âgées en "cas" et en "non cas" est arbitraire et varie selon les objectif de la recherche. À ce propos, Copeland (1981) pose les questions suivantes :

Qui représente un cas? Comment devrait-on définir un cas? Cette définition devrait-elle tenir compte de la sévérité du trouble ou du handicap? Un traitement est-il indiqué?.... La question: "Qui représente un cas?" peut avantageusement être modifiée - "Un cas pour quoi?"

De toute évidence, lorsqu'il s'agira de concevoir des programmes de prévention des troubles mentaux, la classification s'effectuera selon des critères de dépistage généraux qui permettront le dépistage de nombreux cas, y compris de cas très légers. À l'opposé, si l'on cherche à mettre sur pied un service de soins actifs en psychogériatrie, l'estimation du nombre de cas sera fondée sur des critères plus rigoureux, et le nombre de cas dépistés sera moindre.

Étant donné les difficultés qui se rattachent à la détermination des besoins thérapeutiques, il est beaucoup plus compliqué de déterminer le nombre de cas qui requièrent des services de santé mentale que de simplement compter le nombre de "cas" dont les scores se situent au-delà de certaines valeurs limites aux examens ou qui satisfont à un ensemble de critères uniformisés.

B. Détermination des besoins en matière de soins de santé mentale

S'il fallait présumer que tous les cas psychiatriques projetés parmi la population âgée auront besoin de services de santé mentale, il y aurait lieu de paniquer devant les nombres mentionnés antérieurement. Il convient, toutefois, de ne pas limiter l'analyse aux seules considérations démographiques. Ainsi, de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux, jeunes ou plus âgées, ne font jamais appel aux services structurés ou n'ont pas besoin de tels services.

Les personnes âgées reçoivent très peu de soins spécialisés de santé mentale. German, Shapiro et coll. (1985) ont observé des différences significatives dans l'utilisation des services entre les cohortes parmi les personnes qui présentaient au moins un diagnostic de trouble mental selon le plan d'entrevue diagnostique. Dans leur étude, seulement 1 % des personnes âgées entre 65 et 74 ans et souffrant d'un trouble mental ont consulté un spécialiste en santé mentale, et aucune des

personnes âgées de plus de 75 ans ne l'a fait. La demande de services de santé mentale ne peut donc pas être utilisée comme un indice du besoin de services, particulièrement dans le cas de la cohorte actuelle de personnes âgées, pour qui la stigmatisation de la maladie mentale est forte (Lebowitz, 1988).

German, Shapiro et coll. (1985) ont constaté que les personnes âgées sont plus susceptibles de discuter de questions de santé mentale dans le cadre d'une consultation générale auprès d'un médecin de première ligne. Il est donc essentiel que les omnipraticiens soient en mesure de détecter les cas de maladie mentale en fournissant des soins primaires. Malheureusement, les fournisseurs de soins primaires sont moins susceptibles de détecter ou de traiter les troubles mentaux chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes (German et coll., 1987).

Ces rapports et les expériences vécues quotidiennement par les personnes qui fournissent les services gériatriques sont à l'origine de la perception maintenant bien répandue selon laquelle les services fournis aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux sont inadéquats. Selon une étude récente effectuée par le Conseil consultatif national sur le troisième âge (1989), 96 % des professionnels et des non-professionnels oeuvrant auprès des personnes âgées estiment que les troubles de l'humeur ou les troubles mentaux peuvent empêcher les personnes âgées de mener une vie autonome.

INCIDENCE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION PAR RAPPORT AUX AUTRES FACTEURS

Des études récentes ont montré qu'à elle seule, la pression exercée par les facteurs démographiques (c'est-à-dire l'évolution de la structure par âge de la population au cours des prochaines décennies) ne provoquera pas de crise pour ce qui est du coût des soins de santé. Cette conclusion repose sur l'hypothèse que les taux d'utilisation par habitant des services hospitaliers et médicaux selon le sexe et l'âge ne varieront pas. Selon Hertzman (1989), rien n'indique que les taux de démence selon l'âge augmenteront avec le temps. Si une crise survient, conclut-il, elle ne sera pas induite par des facteurs démographiques mais plutôt par une augmentation de la prévalence des affections et des incapacités chez les personnes âgées, phénomène qui se traduira par une utilisation accrue des soins de santé, ou encore par une augmentation du nombre de services destinés aux personnes âgées qui ne serait pas nécessairement motivée par des changements de leur état de santé.

Barer, Evans, Hertzman et Lomas (1989) ont montré que le nombre de consultations chez le médecin et de jours d'occupation de lits d'hôpitaux par habitant s'étaient accrus de façon significative chez les personnes âgées au cours des vingt dernières années. Cette augmentation de la demande de services hospitaliers et médicaux est évidente de façon globale — pour tous les diagnostics chez les personnes âgées — et particulièrement prononcée dans le cas des diagnostics liés à la démence, si l'on examine séparément les données consignées au dossier lors de la sortie de l'hôpital. On ignore pour l'instant si ces tendances reflètent une augmentation réelle de la morbidité et des cas d'incapacité ou si elles résultent du changement des méthodes diagnostiques, c'est-à-dire une amélioration des techniques de diagnostic de la démence. Il convient de noter que ces changements sont survenus à un moment où les services communautaires pour les personnes atteintes de démence étaient soit absents, soit inadéquats, comme l'ont observé les praticiens. Malheureusement, dans notre société, l'hospitalisation s'est souvent révélée la seule option pour un grand nombre de personnes très

âgées en attente d'un transfert dans un foyer de soins prolongés.

En dépit de l'hypothèse selon laquelle la prolongation de l'espérance de vie devrait s'accompagner d'une "compression des incapacités" dans les toutes dernières années de la vie (Fries, 1983), les prédictions actuelles laissent entrevoir à court terme une augmentation du nombre de personnes atteintes d'incapacités, tant physiques que mentales (Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, 1988). Stout et Crawford (1988) concluent que les progrès réalisés dans le domaine médical ont permis d'accroître l'espérance de vie des personnes atteintes d'affections chroniques, donc d'augmenter le nombre d'années d'incapacité et de dépendance, et estiment que les taux d'utilisation des services varieront en conséquence.

La question de l'intensité des services est complexe, car elle dépend de nombreux facteurs. Certains de ces facteurs, dont il convient de noter qu'ils ne sont pas mutuellement exclusifs, sont présentés dans les tableau 12. Il est cependant intéressant d'examiner séparément chacun de ces facteurs et de noter comment deux tendances pourtant compatibles sur le plan philosophique peuvent avoir des conséquences différentes en ce qui concerne les services de santé mentale. Ainsi, on perçoit les programmes d'extension des services aux personnes âgées comme une activité de promotion de la santé qui devrait réduire le besoin de services psychiatriques. Toutefois, dans la mesure où l'on trouve des cas qui pourraient ne pas consulter en d'autres circonstances, il faut s'attendre à une augmentation de l'utilisation des services, du moins à court terme. En cas d'intensification des activités de recherche de cas, il faut s'attendre à un accroissement des taux d'utilisation des services, du moins jusqu'à un certain seuil. Évidemment, les services de santé mentale dépendent également de la disponibilité des ressources financières et humaines.

SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES : L'ENVIRONNEMENT DE L'AVENIR

Dans moins de 20 ans, on comptera 1 679 000 personnes âgées de plus au Canada. Plus de la moitié de ces personnes auront plus de 75 ans; leur santé sera plus fragile, et elles seront plus sujettes aux troubles mentaux. Sur la foi des taux de prévalence reconnus et des projections démographiques actuelles, il faut s'attendre à ce que 420 000 personnes âgées additionnelles soient atteintes de troubles mentaux, à un degré ou à un autre. Toutes ces personnes n'auront pas besoin de services de santé ou de soutien social, mais certaines d'entre elles devront recevoir ces services.

La démence est l'un des principaux troubles psychiatriques dont souffrent les personnes âgées au Canada, et probablement le trouble le plus incapacitant. Pendant les années qui s'écoulent entre l'établissement du diagnostic et le décès, les personnes atteintes de démence et les personnes qui en prennent soin ont besoin d'une gamme diversifiée de services de diagnostic, de traitement et de soutien axés non seulement sur la déficience cognitive elle-même, mais aussi sur les états morbides concomitants. Nous avons déjà démontré comment le vieillissement de la population se traduira non seulement par une augmentation du nombre de cas, mais aussi par une hausse des taux de prévalence ponctuelle tant de la dépression que de la démence.

À l'heure actuelle, si l'ensemble des fournisseurs de services reconnaissent les lacunes qui existent sur le plan des services, on ignore dans quelle mesure les besoins en santé mentale des Canadiens âgés ne sont pas satisfaits. Or, il s'agit

Tableau 12 : Tendances influant sur le besoin et la demande de services de santé mentale

	Tendance	Conséquence	Effet
1.	Vieillissement de la population	Augmentation du nombre de personnes âgées	↑
2.	Accroissement de l'espérance de vie	Augmentation du nombre de cas d'incapacité et de la durée de la prestation de soins	↑
3.	Augmentation des ratios de dépendance	Diminution des ressources financières pour les soins de santé	↓
4.	Hausse du nombre d'immigrants	Augmentation atténuée du ratio de dépendance / Besoins particuliers selon la culture	↑
5.	Réduction de la taille des familles	Diminution du soutien familial	↑
6.	Baisse des taux de fécondité	Déplacement des ressources de soins de santé des plus jeunes vers les personnes plus âgées	↑
7.	Augmentation du nombre de femmes dans la population active	Diminution du nombre de fournisseurs de soins traditionnels faisant partie de la famille	↑
8.	Baisse des taux de veuvage chez les personnes âgées de moins de 85 ans	Maintien de l'intégrité des familles	↓
9.	Augmentation du nombre de personnes âgées faisant partie de la classe aisée	Services de soutien privés	↓
10.	Mise de l'emphase sur la promotion de la santé	Prévention des troubles mentaux	↓
11.	Augmentation des services dans les régions éloignées	Dépistage d'un plus grand nombre de cas	↑
12.	Troubles psychogériatriques chroniques, incurables	Besoin permanent de traitement ou de soutien	↑
13.	Augmentation du nombre de fournisseurs de services gériatriques ayant reçu une formation appropriée	Meilleur accès aux services spécialisés	↑
14.	Augmentation de l'influence des personnes âgées sur l'élaboration des politiques	Amélioration et diversification des services	↑
15.	Progrès technologiques dans le domaine des soins à domicile	Augmentation du nombre de soins auto-administrés	↓
16.	Demande d'une meilleure qualité de vie	Croissance de la demande de services pour des troubles légers	↑
17.	Progrès dans le domaine du transport et du logement	Plus grande autonomie et meilleure qualité de vie	↓

d'une information essentielle pour les personnes chargées de la planification des services. Fait encore plus grave, on ne sait pas si certaines catégories de diagnostic reçoivent de meilleures services que d'autres ou si, au contraire, ce sont toutes les personnes âgées atteintes de troubles mentaux qui sont mal desservies. C'est cette dernière hypothèse qui est généralement retenue, bien qu'en Angleterre on ait observé que les troubles psychogériatriques fonctionnels sont relégués au second plan après la démence dans une situation de ressources limitées (Christie et Wood, 1987).

Il convient donc de poser la question suivante : "Quand peut-on considérer comme adéquats les services offerts?" En l'absence de données sur les besoins en services, il est difficile de répondre à cette question. Les spécialistes et les autres intervenants dans le domaine de la psychogériatrie reconnaissent depuis longtemps que l'intensité de l'intervention clinique dépend moins du diagnostic lui-même que de l'incapacité sociale et fonctionnelle associée au diagnostic ainsi que de l'accessibilité et de la compétence des fournisseurs de soins. Les chercheurs qui étudient les troubles mentaux touchant les personnes âgées s'intéressent de plus en plus à la mesure des aptitudes fonctionnelles afin de mieux comprendre les besoins en matière de soins. Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé parraine actuellement un projet de recherche sur la maladie d'Alzheimer qui vise à promouvoir la recherche sur les politiques et les programmes intéressant la santé et les questions d'ordre social.

En plus de stimuler la recherche appliquée, il faut s'efforcer d'évaluer dans quelle mesure les stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie permettent de réduire les troubles psychogériatriques. Dans quelle mesure peut-on faire diminuer la prévalence de ces troubles en apportant des changements d'ordre social ou environnemental ou en modifiant les habitudes de vie? En raison du peu d'information disponible concernant l'étiologie de la maladie d'Alzheimer, il est pour l'instant impossible de mettre en oeuvre des programmes de prévention efficaces. Toutefois, étant donné que nous comprenons maintenant mieux les facteurs qui prédisposent les personnes âgées à la dépression, à l'anxiété et à l'abus de substances psycho-actives, nous devrions pouvoir concevoir des programmes de promotion de la santé adaptés aux besoins particuliers des populations les plus à risque. Bien que ces programmes auront pour objet de prévenir les maladies mentales ou d'atténuer les incapacités fonctionnelles qui y sont associées, ou les deux, il se pourrait que ces programmes ne relèvent pas de la médecine. Il faudra fournir un éventail complet de services pour répondre à une gamme diversifiée de besoins. Les améliorations apportées, notamment sur les plans du transport, du soutien financier et des loisirs auront, à la fin, des retombées bénéfiques sur le bien-être global des personnes âgées et leur permettront de mieux résister aux troubles mentaux.

Enfin, le rôle des membres de la famille et des fournisseurs qui ne font pas partie des réseaux de soins structurés constitue actuellement une autre préoccupation importante en ce qui a trait à la prestation de soins à un nombre croissant de personnes âgées atteintes de troubles mentaux. Ce sont les membres de la famille ou les amis qui fournissent la plupart des soins à ces dernières. Ce soutien informel permet à ces personnes de continuer de vivre à la maison et de faire partie de la collectivité. La prestation de soins à plein temps à un parent âgé est une tâche extrêmement exigeante, et il faut reconnaître que les capacités des fournisseurs de soins ne sont pas illimitées. Sans un soutien et une surveillance régulière de la part du réseau de soins structurés, le seuil de résistance de certains fournisseurs de soins sera sûrement dépassé. Dans le passé, c'était

habituellement soit le conjoint soit la fille aînée qui fournissait les soins au patient. Avec la participation accrue des femmes à la population active, cette dernière option devient de moins en moins envisageable. Il faut concevoir des modèles de planification de services de santé mentale à l'intention des personnes âgées qui tiennent compte de l'importance du changement des ratios de dépendance des personnes âgées et élaborer des stratégies qui permettront de consolider et de préserver les réseaux de soutien non structurés existants.

Ce document soulève probablement plus de questions qu'il ne propose de solutions. Toutefois, devant l'éventualité d'une augmentation de l'ordre de 100 % du nombre de personnes âgées atteintes de troubles mentaux au cours des 20 prochaines années, il convient de se poser des questions et d'envisager de nouvelles avenues. À notre avis, il n'est pas nécessairement irréaliste de penser trouver des réponses à ces questions si nous acceptons d'adopter une attitude proactive et d'explorer des avenues novatrices en matière de prestation de soins de santé mentale. En conclusion, nous estimons que le vieillissement de la population n'entraînera pas, à lui seul, une situation de crise dans le domaine de la prestation des services de santé mentale aux personnes âgées; toutefois, si l'on considère les lacunes qui existent actuellement sur le plan des services communautaires et la dépendance à l'égard des ressources hospitalières, les défis posés par le vieillissement de la population paraissent très graves.

BIBLIOGRAPHIE

Alberta Heath. 1989. Alberta Health and Medical Care Study.

American Psychiatric Association. 1989. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-III-R* (3e édition révisée). Paris : Masson.

Association médicale canadienne. 1987. *Les soins de santé pour les gens âgés : les défis d' aujourd' hui, des solutions pour demain*. Ottawa : L'Association canadienne médicale.

Baldwin, R.C. et D.J. Jolley. 1986. The Prognosis of Depression in Old Age. *British Journal of Psychiatry, 149 :* 547-583.

Barer, M.L., Evans, R.G., Hertzman, C. et J. Lomas. 1989. Aging and Health Care Utilization : New Evidence on Old Fallacies. *Social Science and Medicine, 214 :* 851-862.

Berkman, L., Berkman, C., Kasl, S., Freeman,D., Leo, L., Ostfeld, A., Cornoni-Huntley, J. et J. Brody. 1986. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology, 124 :* 372-378.

Bland, R.C., Newman, S.C. et H. Orn. 1988. Prevalence of Psychiatric Disorder in the Elderly in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 338 :* 57-63.

Blazer, D. 1989. Communication personnelle.

Blazer, D., Hughes, D.C. et L.K. George. 1987. The Epidemiology of Depression in an Elderly Community Population. *Journal of the American Geriatric Society, 27 :* 281-287.

Bliwise, N., McCall, M.E. et S.J. Swan. 1987. The Epidemiology of Mental Illness in Late Life. In E.E. Lurie et J.H. Swan (Éditeurs), *Serving the Mentally Ill Elderly*. Lexington, Mass. : D.C. Health & Co.

Burns, B.J., Larson, D.B. et coll. 1988. Mental Disorder Among Nursing Home Patients : Preliminary Findings from the National Nursing Home Survey Pretest. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 3* : 27-35.

Carstensen, L.L., Rychtaryk, R.G. et coll. 1985. Behavioural Treatment of the Geriatric Abuser : A Long Term Follow-up Study. *Addictive Behaviours, 10 :* 307-311.

Christenson, R. et D. Blazer. 1984. Epidemiology of Persecutory Ideation in an Elderly Population in the Community. *American Journal of Psychiatry, 141 :* 1088-1091.

Christie, A.B. et E.R. Wood. 1987. Psychogeriatrics 1974 to 1984 : Expanding Problems and Fixed Resources. *British Journal of Psychiatry, 151 :* 813-817.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. 1989. *Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés : 1er rapport : les obstacles et les avenues de solution.* Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Copeland, J. 1981. What is a "case"? A case for what? In J.K. Wing, P. Bebbington et L.N. Robbins (Éditeurs). *What is a Case?* Londres : Grant McIntyre.

Danforth, D. et McKinnon, A. 1990. Psychoactive Medication Use in 21 Long Term Facilities. Présentation au 19e réunion annuel de l'Association canadienne de gérontologie, Victoria, Colombie-Britannique.

Donnelly, M. 1988. Depression in the Elderly. *The British Columbia Medical Journal, 30 :* 250-253.

Fries, J.F. 1983. The Compression of Morbidity. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 61 :* 397-419.

German, P.S., Shapiro, S. et coll. 1985. Mental Health of the Elderly : Use of Health and Mental Health Services. *Journal of the American Geriatrics Society, 33 :* 246-252.

German, P.S., Shapiro, S. et coll. 1987. Detection and Management of Mental Health Problems of Older Patients by Primary Care Providers. *Journal of the American Medical Association, 257 :* 489-493.

Harrison, M.K. 1987. Loss, Grief and Adaptation. In D.A. Wasylenki et coll. (Éditeurs), *Psychogeriatrics : A Practical Handbook,* Toronto : Gage.

Hertzman, C. 1989. Rising Tides Do Not Always Cause Floods : The Case of Dementia. Manuscrit non publié.

Hirchfeld, R.M. et C.K. Cross. 1982. Epidemiology of Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry, 39 :* 35-46.

Holden, N.L. 1987. Late Paraphrenia or the Paraphrenias? A Descriptive Study with a 10-year Follow-up. *British Journal of Psychiatry, 150 :* 635-639.

Ineichen, B. 1987. Measuring the Rising Tide : How Many Dementia Cases Will There Be By 2001? *British Journal of Psychiatry, 150 :* 193-200.

Institut pour l'établissement de santé de l'avenir. 1988. *Le vieillissement : la prestation des soins de santé, demain.* Ottawa.

Jeans, E.R., Helmes, E. et coll. 1987. Some Calculations on the Prevalence of Dementia in Canada. *Revue canadienne de psychiatrie, 32 :* 81-85.

Jorm, A.F., Korten, A.E. et A.S. Henderson. 1987. The Prevalence of Dementia : A Quantitative integration of the Literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76 :* 465-479.

Kay, D.W.K., Henderson, A.S. et coll. 1985. Dementia and Depression Among the Elderly Living in the Hobart Community : The Effect of Diagnostic Criteria on Prevalence Rates. *Psychological Medicine, 15 :* 771-788.

Knopman, D.S., Kitto, J. et coll. 1988. Longitudinal Study of Death and Institutionalization in Patients with Primary Degenerative Dementia. *Journal of the American Geriatric Society, 36 :* 108-112.

Kramer, M., German, P.S. et coll. 1985. Patterns of Mental Disorder Among the Elderly Residents of Eastern Baltimore. *Journal of the American Geriatric Society, 32 :* 236-245.

Lebowitz, B.C. 1988. Correlates of Success in Community Mental Health Programs for the Elderly. *Hospital and Community Psychiatry, 39 :* 721-722.

Lipton, H.L. et P.R. Lee. 1988. *Drugs and the Elderly : Clinical, Social, and Policy Perspectives.* Stanford, Calif.: Stanford University Press.

Magni, G., Palazzolo, O. et G. Bianchin. 1986. The Course of Depression in Elderly Outpatients. *Revue canadienne de psychiatrie, 33 :* 21-24.

McDaniel, S.A. *Canada's Aging Population.* 1986. Perspectives on Individual and Population Aging Series. Toronto : Butterworths.

McNeil, J.K. et M. Harsany. 1989. An Age Difference View of Depression. *Revue canadienne de psychologie, 30 :* 600-615.

Mellor, D., Nilsson, A., Oden, A., Rundgren, A. et A. Svanborg. 1982. Mortality among the Widowed in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 10 :* 33-41.

Morgan, K., Dallosso, H. et coll. 1988. Prevalence, Frequency, and Duration of Hypnotic Drug Use Among the Elderly Living at Home. *British Medical Journal, 296 :* 601-602.

Murphy, E. 1983. The Prognosis of Depression in Old Age. *American Journal of Psychiatry, 142 :* 111-119.

Parmelee, D.A., Katz, I.R. et M.P. Lawton. Sous presse. Depression Among Institutionalized Aged : Assessment and Prevalence Estimation. *Journal of Gerontology, 44 :* M22-29.

Perry, L.A. 1987. Substance Abuse. In D.A. Wasylenki et coll. (Éditeurs), *Psychogeriatrics : A Practical Handbook*. Toronto : Gage.

Post, F. 1972. The Management and Nature of Depressive Illness in Late Life : A Follow-Through Study. *British Journal of Psychiatry, 121 :* 393-404.

Post, F. 1980. Paranoid, Schizophrenic-like and Schizophrenic States in the Aged. In J.E. Brian et R.S. Sloane (Éditeurs), *Handbook of Mental Health and Aging*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall.

Regier, D.A., Boyd, J.H. et coll. 1988. One Month Prevalence of Mental Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 45 :* 977-986.

Robertson, D. 1988. Clinical Assessment of Mental Health. *The British Columbia Medical Journal, 30 :* 243-245.

Robertson, D., Stolee, P. et K. Rockwood. 1989. The prevalence of cognitive impairment in a Canadian population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80:303-309.

Rockwood, K., Stolee, P. et D. Robertson. 1989. The Prevalence of Problem Behaviour in Elderly Residents of Long Term Care Institutions. *Revue canadienne de santé publique/Canadian Journal of Public Health, 80 :* 302-303.

Rovner, B.W., Kafonek, S. et coll. 1986. Prevalence of Mental Illness in a Community Nursing Home. *American Journal of Psychiatry, 143 :* 1446-1449.

Sadovnick, A.D., Irwin, M.E., Baird, B.A. et B.L. Beattie. 1989. Genetic studies in an Alzheimer Clinic Population. *Genetic Epidemiology, 6 :* 633-643.

Santé et Bien-être social Canada. 1982. *Rapport gouvernemental canadien sur le vieillissement*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1987. *Rapport du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1988a. *Action santé : les aîné(e)s*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1988b. *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Sirois, F. 1988. Delirium : 100 Cases. *Revue canadienne de psychiatrie, 33 :* 375-378.

Soni, S.D. 1988. The Relationship between Peripheral Sensory Disturbance and the Onset of Symptoms in Elderly Paraphrenics. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Statistique Canada. 1987a. *Caractéristiques de la population et des logements. Age, sexe et état matrimonial* (Publications du recensement de 1986). N° de catalogue 93-101. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1987b. *Estimations annuelles postcensitaires de la population suivant l'état matrimonial, l'âge, le sexe et composantes de l'accroissement, Canada, provinces et territoires*. 1er juin 1986. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1988a. *Les personnes âgées du Canada. Recensement de 1986*. Rédigé par Leroy Stone et Hubert Frenken. N° de catalogue 98-121. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1988b. *Liens de la famille et d'amitié chez les Canadiens âgés*. Rédigé par Leroy Stone. N° de catalogue 89-508. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1989a. *Le revenu de la famille. Recensement de 1986*. Rédigé par A. Rashid. N° de catalogue 98-128. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1989b. *Tables de mortalité, Canada et provinces*. N° de catalogue 84-532. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1989c. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 1989-2011*. N° de catalogue 91-520. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1990a. *Diversité ethnique au Canada. Recensement de 1986*. N° de catalogue 98-132. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1990b. *Faits saillants : personnes ayant une incapacité au Canada. Enquête sur la santé et les limitations d'activités*. N° de catalogue 82-602. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Stone, L. et S. Fletcher. 1986. *Le boom du troisième âge : hausses considérables de la longévité et meilleures perspectives de santé*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Stout, R.W. et V. Crawford. 1988. Active Life Expectancy and Terminal Dependency : Trends in Long Term Geriatric Care Over 33 Years. *The lancet*, 6 février, 281-283.

Teri, L., Larson, E.B. et B.V. Reifler. 1988. Behavioural Disturbance in Dementia of the Alzheimer's Type. *Journal of the American Geriatrics Society, 36 :* 1-6.

Wasylenki, D.A. 1987a. Delirium. In D.A. Wasylenki et coll. (Éditeurs), *Psychogeriatrics : A Practical Handbook*. Toronto : Gage.

Wasylenki, D.A. 1987b. Paranoid Disorders. In D.A. Wasylenki et al. (Éditeurs), *Psychogeriatrics : A Practical Handbook*. Toronto : Gage.

Wells, K.B., Golding, J.M. et M.A. Burnam. 1988. Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population With and Without Chronic Medical Conditions. *American Journal of Psychiatry, 145 :* 976-981.

Wragg, R.E. et D.V. Jeste (1989). Overview of Depression and Psychosis in Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry, 146 :* 577-587.